

JOCIMARA RIBEIRO DOS SANTOS

**ADOLESCENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 1:
SEU COTIDIANO E ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Vitória
2001**

JOCIMARA RIBEIRO DOS SANTOS

**ADOLESCENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 1: SEU COTIDIANO E
ENFRENTAMENTO DA DOENÇA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Sônia Regina Fiorim Enumo
Orientadora

Prof.Dr. Paulo Rogério Meira Menandro

Profª Drª Isolda de Araújo Günther

Vitória, _____ de _____ de 2001.

AGRADECIMENTOS

Terminar mais uma longa jornada significa ter tido o apoio e a contribuição de muitas pessoas, pois nem mesmo o mais sábio de todos os homens é auto-suficiente a ponto de prescindir da dedicação que outros companheiros possam lhe dispor. Encontrei pessoas que se fizeram presentes e tiveram a oportunidade de ceder-me um pouco de suas preciosas presenças e contribuições em várias etapas da minha caminhada, para a composição deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela fé que me fez acreditar que seria capaz de chegar ao fim de todo esse percurso.

Em segundo lugar, agradeço aos meus pais e familiares de modo geral, por compreenderem que a minha ausência, em muitos momentos importantes de suas vidas, foi necessária para que eu chegasse aqui.

Aos adolescentes que se dispuseram, com toda dedicação e interesse, a participar da construção desse trabalho.

Aos funcionários dos serviços de saúde pública que visitei, em busca dos adolescentes com diabetes, em especial, à Sheila Bicudo (enfermeira), pelos textos, indicações e informações, e à Márcia (Psicóloga), pelo acolhimento e ajuda na coleta de dados.

Aos diretores, coordenadores, funcionários e professores das escolas onde apliquei o instrumento de coleta de dados, pela disposição em indicar-me os caminhos de busca de meus dados e, principalmente, aos alunos que desviaram um pouco de suas atenções do aprendizado escolar, e se dispuseram a preencher o instrumento com todo carinho e cuidado.

Agradeço o apoio, a dedicação, o acolhimento, a ajuda e as indicações de minha orientadora de ontem e de hoje, Profª Drª Sônia Regina Fiorim Enumo.

Aos professores do curso de Pós-Graduação de Psicologia, Prof. Dr. Paulo Rogério Meira Menandro e a Profª Drª Zeidi A. Trindade, pelas indicações e conselhos sempre sábios.

Aos funcionários do curso, especialmente à Lúcia Fajóli, pelo apoio, compreensão e troca de idéias.

Aos amigos sempre presentes: Marcus, Alessandra e Tatiane, pelo apoio, conselhos e partilha das angústias.

Àquelas pessoas que se dispuseram a ajudar em minhas dificuldades: Diana, pelas indicações de formas de tratamento dos dados e Lorena, pela revisão do inglês.

Aos amigos de ontem e de hoje: Isabele, Tânia, Fabrício e Gilead pelo companheirismo e acolhimento nas horas certas.

Ao Gabriel, que soube compreender as minhas necessidades, ao elaborar a análise estatística.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que dispensou durante o processo de elaboração desse trabalho.

E, finalmente, um agradecimento especial aquele que me acompanhou em muitos momentos difíceis desse percurso e que, desde o início, acreditou que eu chegaria aqui, João Carlos. A você, todo o meu carinho.

*Os espinhos da rosa não impedem
que ela continue a ser a flor
mais bela.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tempo médio gasto por adolescentes (n=239), de acordo com as dimensões do MAC.....67

Figura 2 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes, segundo as dimensões do MAC, por faixa etária.	68
Figura 3 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes de acordo com as dimensões do MAC, por sexo.	70
Figura 4 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes, nas dimensões do MAC.	73
Figura 5 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes, nas dimensões do MAC, por sexo.	74
Figura 6 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes nas dimensões do MAC, por faixa etária.	75
Figura 7- Comparação do tempo médio semanal gasto pelos adolescentes do grupo geral (n=239) e sem diabetes (n=224), nas dimensões do MAC.	78
Figura 8 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, por adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> (n=15) participantes da pesquisa.	79
Figura 9 – Tempo semanal gasto pelos adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> nas atividades do MAC, por sexo.	80
Figura 10 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, por adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1, por faixa etária.	81
Figura 11- Comparação do tempo médio semanal gasto por adolescentes do grupo geral (n=239) e adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 (n=15), nas dimensões do MAC.	82
Figura 12 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas uma/duas vezes por mês e quase toda semana por adolescentes, sem e com diabetes, em algumas dimensões do MAC.	85
Figura 13 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas uma/duas vezes ao mês e quase toda semana por adolescentes com e sem Diabetes, segundo as dimensões do MAC, por sexo.	86
Figura 14 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas <i>uma/duas vezes por mês e quase toda semana</i> por adolescentes com e sem diabetes, nas dimensões do MAC, por faixa etária.	88
Figura 15 – Percentual médio de respostas de adolescentes com diabetes, do sexo feminino, às questões sobre diabetes acrescentadas ao MAC.	89

Figura 16 - Percentual médio de respostas de adolescentes com diabetes, do sexo masculino, às questões sobre diabetes acrescentadas ao MAC.90

Figura 17 – Percentual do tempo gasto nas principais atividades classificadas no MAC com sendo realizadas dentro de casa, por adolescentes (n=239).91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação do diabetes.....48

Quadro 2 - Complicações do Diabetes51

Quadro 3 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC pelos adolescentes, com diabetes e sem diabetes.	72
Quadro 4 – Tempo médio semanal gasto em atividades já categorizadas por dimensões do MAC, conforme respostas fornecidas por adolescentes (n=239), por faixa etária.	91
Quadro 5 – Tempo médio semanal gasto em atividades, conforme relatado por adolescentes (n=239), segundo as dimensões do MAC, por sexo.	92
Quadro 6 - Distribuição das atividades do MAC/UFES pelas dimensões consideradas na análise.	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade e sexo dos adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 participantes da pesquisa.	58
--	----

Tabela 2 - Sexo e situação de emprego de adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 participantes da pesquisa.	58
Tabela 3 - Tempo de atendimento dos adolescentes, pela instituição de saúde e tempo de diagnóstico do <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1.	59
Tabela 4 – Sexo e Idade dos adolescentes sem diabetes, participantes da pesquisa.....	61
Tabela 5 – Idade e Escolaridade de adolescentes sem diabetes participantes da pesquisa.....	61
Tabela 6 - Situação de emprego e idade dos adolescentes sem diabetes participantes da pesquisa	62
Tabela 7 – Média semanal de horas gastas nas dimensões do MAC por adolescentes com e sem diabetes, separados por sexo (n=239).	69
Tabela 8 - Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes nas dimensões do MAC, por faixa etária (n = 224).	76
Tabela 9 - Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes do grupo geral (n=239), sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=15) nas dimensões do MAC.	134
Tabela 10 - Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, pelos adolescentes sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=15), por sexo.	134
Tabela 11 - Tempo médio semanal gasto por adolescentes (n=239) nas dimensões do MAC, por faixa etária.	135
Tabela 12 - Frequência semanal em porcentagem das atividades realizadas pelos adolescentes do grupo geral (n=239), sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=15) nas dimensões do MAC (atividades nºs 83 a 136), por faixa etária.	135
Tabela 13 - Frequência semanal em porcentagem, do tempo gasto por adolescentes (n=239) nas dimensões do MAC (atividades nºs 83 a 136), por sexo.	136
Tabela 14 - Frequência semanal em porcentagem, do tempo gasto pelos adolescentes sem diabetes (n=224) nas dimensões do MAC (atividades nº 83 a 136), por faixa etária.	136
Tabela 15 - Frequência semanal em porcentagem, o tempo gasto em atividades, por adolescentes com diabetes (n=15) nas questões do MAC relacionadas ao diabetes.	137

SUMÁRIO

RESUMO	12
ABSTRACT	13
1. Definindo a Adolescência	14
1.1. Critérios para Definição de Adolescência	15
1.1.1. Critério cronológico	15
1.1.2. Critério biológico	16
1.1.3. Critério sociológico	19

1.1.4. Critério da crise de identidade (ou critério psicológico).....	19
1.2. Teorias psicológicas sobre a adolescência.....	21
1.3. Adolescência: fenômeno universal ou cultural?.....	25
1.4. O adolescente brasileiro e sua saúde.....	29
1.5. Adolescência e doença crônica.....	33
1.5.1. O Estresse.....	33
1.5.2. Definições de Estratégias de Enfrentamento.....	36
1.5.3. Doença crônica na adolescência.....	45
1.5.4. Diabetes Mellitus e adolescência.....	47
1.5.5. Diabetes Mellitus Tipo 2.....	48
1.5.6. Diabetes Mellitus Tipo 1.....	49
1.6. Objetivos.....	56
2. MÉTODO.....	57
2.1. Sujeitos e locais de coleta de dados.....	57
2.2. Material.....	62
2.3. Procedimento.....	63
2.4. Análise crítica de riscos e benefícios.....	64
3. RESULTADOS.....	64
3.1. O cotidiano de adolescentes (n = 239), segundo dados do MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999, adaptado por Santos & Enumo, 2001).....	66
3.2. O cotidiano dos adolescentes sem <i>Diabetes Mellitus</i>	72
3.3. O cotidiano de adolescentes com <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1.....	78
3.4. O que eles estão fazendo “ <i>dentro de casa</i> ”?.....	89
3.5. Dados gerais do MAC.....	91
3.5. O enfrentamento do <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 1 pelos adolescentes.....	92
3.5. Estruturas de caracterização dos sujeitos.....	97
3.5.1. Estrutura 1.....	97
3.5.2. Estrutura 2.....	99
3.5.3. Estrutura 3.....	101
3.5.4. Estrutura 4.....	102
3.5.4. Estrutura 5.....	104
3.5.5. Estrutura 6.....	105
4. DISCUSSÃO.....	107
5. REFERÊNCIAS.....	117
6. ANEXOS.....	126
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	127
ANEXO B - MAPEAMENTO DE ATIVIDADES COTIDIANAS (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999, adaptado por Santos & Enumo, 2001).....	129
ANEXO C - Quadro 6: Distribuição das Atividades do MAC pelas dimensões consideradas na análise.....	133
ANEXO D - Tabelas de resultados.....	134
ANEXO E - Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa. ...	138

SANTOS, Jocimara R. **Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFES, 2001.

RESUMO

A adolescência tem sido estudada sob diversos ângulos, havendo divergências sobre sua universalidade. Sabe-se que as transformações físicas da puberdade causam também mudanças psicossociais. Essa redefinição de papéis, idéias e atitudes pode ser influenciada pela existência de uma doença como o *Diabetes Mellitus* Tipo 1, que tem incidência de 1 ou 2 em cada 1000 adolescentes. Estes podem ter, assim, seu cotidiano alterado. Visando descrever e analisar como adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 organizam suas atividades diárias e enfrentam sua condição de doentes crônicos, comparando-os com adolescentes sem a doença, foi realizada esta pesquisa com 15 adolescentes (6 meninos e 9 meninas, com idades entre 12 e 20 anos) que freqüentavam Programas de Assistência a Portadores de *Diabetes Mellitus* da rede de saúde pública de Vitória. Os sujeitos foram submetidos à aplicação coletiva e individualizada do Mapeamento de Atividades Cotidianas (MAC), e a uma entrevista individual, gravada, com questões abertas e fechadas, abordando as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas. Para uma comparação descritiva, foi aplicado o MAC, coletivamente, em 224 jovens (122 meninas e 102 meninos, entre 12 e 20 anos de idade) sem *Diabetes Mellitus*, estudantes do Ensino Médio e Fundamental, de escolas públicas da Grande Vitória/ES. Foram feitas análises quantitativas e qualitativas do MAC, propondo-se uma avaliação diferenciada da proposta dos autores; as entrevistas foram avaliadas pelo enfoque da análise de conteúdo. Os dados revelaram que os adolescentes, em geral relatam fazer mais atividades dirigidas para si, dentro de casa, que eram prazerosas, eletivas, sociais, envolviam ação e de controle para consumo de álcool. Dentre as atividades realizadas em casa, estavam: assistir a programas de televisão e ouvir música. Os adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, apesar de apontarem algumas dificuldades com a doença, relataram não ter o seu cotidiano modificado. Os resultados indicaram que esses adolescentes não se diferenciam, de forma significativa, daqueles adolescentes sem *Diabetes Mellitus*. Financiamento: CNPq.

Palavras- chave: 1) Adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1; 2) Estratégias de enfrentamento (*coping*); 3) Estresse e doença crônica

Área de conhecimento: Tratamento e Prevenção Psicológica - 7.07.10.00 -

7

Psicologia do Desenvolvimento Humano - 70.07.07.00-6

SANTOS, Jocimara R. **Adolescents with Diabetes Mellitus Type 1: daily routine and coping.** Dissertation of Master's degree, Program of Masters degree in Psychology, UFES, 2001.

ABSTRACT

The adolescence period has been studied under different approaches, and there are divergences about its universality. It is known, however that the physical transformations of puberty also cause psychosocial changes. This redefinition of roles, thoughts and attitudes can be quite influenced by the existence of a chronic disease as *Diabetes Mellitus* Type 1, which has the incidence of 1 or 2 in each hundred adolescents. They may have their daily routine altered. With the aim to describe and analyze how *Diabetes Mellitus* Type 1 affect adolescents' coping and organize their daily routines, a comparison was made between adolescents with and without the disease. This research was undertaken with 15 adolescents (6 male and 9 female, with their age ranging from 12 to 20 years) enrolled in the Vitória's public health *Diabetes Mellitus* Bearers Attendance Programs. The subjects were submitted to the collective and individual application of Daily Activities Map (DAM), (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999) and to a closed/open individual interview, about coping. The DAM was applied collectively to 224 young adolescents without disease (122 girls and 102 boys, their age ranging from 12 to 20 years), students from Medium and Fundamental levels, from public schools in greater Vitória/ ES, for a comparative comparison. The data obtained from DAM were analysed through quantitatively and qualitatively analyzed, intending a differentiated evaluation of the author's proposal; the interviews were content analysis. The data revealed that activities more accomplished by the adolescents were: activities directed to themselves, activities inside their home, pleasant ones, social ones, and that it involved action and control to alcohol consume. The activities more accomplished inside the house were: attending television programs and listening to some music. Despite the fact that *Diabetes Mellitus* Type 1 affected adolescents, pointing some difficulties in relation to the disease, they didn't have their routine modified because of the disease. The results indicated that the adolescents with diabetes do not differentiate, in a significant way, from those without the disease. Financing: CNPq.

Words - key: Adolescents with Diabetes Type 1; 2) Coping strategies; 3) Stress and chronic disease.

Knowledge area: Treatment and Psychological Prevention - 7.07.10.00 -7
Psychology of the Human Development - 70.07.07.00-6

1. Definindo a Adolescência

O desafiante interesse em estudar a adolescência é antigo, pois sabe-se que já entre os filósofos gregos havia preocupação em descrever este singular período da vida humana.

Aristóteles, filósofo grego (séc. IV a.C.), interessou-se em descrever a adolescência. Suas descrições empenhavam-se em construir um perfil fidedigno do indivíduo adolescente. Para este pensador, os adolescentes poderiam ser caracterizados da seguinte maneira:

“São inconstantes e depressa se enfastiam do que desejaram: se desejam intensamente, depressa cessam de desejar. Suas vontades são violentas, mas sem duração, exatamente como os acessos de fome e de sede nos doentes.” (Aristóteles, 1959, citado por Dotti, 1973; p. 15)

A conceituação acima apresenta uma concepção negativa da adolescência, mas digna de nota, já que se apresenta como uma das primeiras asserções sobre o assunto.

Hoje, muitos autores e pesquisadores de várias áreas do saber, científico ou não, estão interessados em desvendar os encantos da juventude. Para isso, dedicam-se à tarefa de elaborar definições ou descrições sobre essa fase.

Vários aspectos são abordados na tentativa de uma descrição da adolescência que seja mais coerente com a realidade. No entanto, sabe-se que cada teórico dá ao seu objeto de estudo as formas que suas crenças lhe permitem pensar ou conceber, assim como fez Aristóteles. Existem alguns referenciais teóricos que podem ser considerados verdadeiros equívocos, pois concedem caráter fixo a características que não podem ser consideradas inerentes aos indivíduos.

É possível afirmar que diversos são os tipos de pesquisadores. Como cada um utiliza uma ótica e um referencial diferentes, múltiplos são os enfoques sobre o mesmo assunto.

Com o objetivo de traçar definições sobre a adolescência, teóricos e estudiosos utilizaram alguns critérios que serviram como base para a melhor compreensão do que seja o fenômeno da adolescência. São eles: critério

cronológico, biológico, sociológico e psicológico. Esses critérios podem ser considerados isoladamente por questões didáticas, mas sabemos que a definição da adolescência depende da interação desses fatores (Pfromm Neto, 1977). É o que veremos a seguir.

1.1. Critérios para Definição de Adolescência

1.1.1. Critério cronológico

Há várias definições baseadas em critérios cronológicos. Nessas, a passagem de tempo centraliza a compreensão do conceito de adolescência fazendo delimitação de um determinado período de vida do desenvolvimento humano. O mesmo pode ser observado na própria definição da palavra *adolescência*, derivada do verbo latino “*adolescere*”, que significa “crescer” ou “crescer até à maturidade” (Muuss, 1976, p. 14). Ferreira (1999, Dicionário Aurélio Eletrônico), por exemplo, a define como:

“(...) período da vida humana que sucede à infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas (estende-se aproximadamente dos 12 aos 20 anos).”

O Dicionário Larousse de Psicologia (Sillamy, 1998), por sua vez, define a adolescência da seguinte maneira: “*Época da vida situada entre a infância e a idade adulta*” (p. 12).

Comentário: Decidir se isto continua!

De forma semelhante, autores da área da Psicologia, como McKinney, Fitzgerald & Strommen (1983) também utilizam descrições que se apóiam na passagem do tempo. Para esses autores, existem tarefas próprias desse período, que podem ajudar a demarcar o que é ser adolescente.

Recentemente, considera-se que a adolescência tem sido prolongada frente à necessidade social crescente de se aumentar o tempo de estudo. Visando ao acréscimo da capacidade e da qualificação para o trabalho as pessoas têm permanecido por mais tempo nas escolas, o que conseqüentemente tem provocado aumento da permanência desses adolescentes na casa de seus pais ou responsáveis. Como afirma Abramo (1994, citado por Calazans, 2000):

“A ampliação da juventude e a generalização da categoria social jovem são um fenômeno deste século, especialmente do pós-guerra, associadas à extensão da

escolaridade para um maior contingente social, atingindo também, as camadas populares.” (p. 49)

Isso significa que o período demarcado por alguns autores como sendo a época da adolescência ou puberdade deve ser compreendido atualmente como um acontecimento que se estende um pouco além dos vinte anos de idade. Confirmando as asserções acima, Hurlock (1979) afirma que “(...) *o período transicional para a maturidade psicológica é hoje mais longo do que no tempo de nossos avós*” (p. 29).

Em termos oficiais para a área de saúde, a Organização Mundial de Saúde estabelece a faixa entre 10 e 24 anos de idade como delimitação da juventude. Em uma avaliação anterior, essa organização considerava jovem (termo utilizado pela Sociologia para designar o que a Psicologia denomina adolescência) os indivíduos inseridos entre 10 e 19 anos de idade. A OMS indica ainda uma outra subdivisão: 10 – 14 anos, 15 – 19 anos e 20 – 24 anos de idade (OMS, 1986 citado por Calazans, 2000). Tais faixas etárias podem também receber, também, as seguintes denominações: adolescência (10 a 14 anos), adolescência jovem (15 a 19 anos) e jovens adultos (20 a 24 anos) (Ministério da Saúde, 1999).

1.1.2. Critério biológico

Considerando o desenvolvimento físico e biológico que o adolescente experimenta, para alguns autores, a adolescência tem o seu marco inicial exatamente quando se atinge a maturidade sexual e seu término, quando alcança a independência da autoridade dos adultos, à qual inicialmente ficou submetido (Hurlock, 1979). Nesse caso, o critério biológico é importante para demarcar o início da adolescência (enquanto o término dessa fase seria delimitado pela mudança no *status* social). O marco inicial chama-se *puberdade*.

As palavras *puberdade* e *pubescência* “(...) são derivadas e relacionadas com as palavras latinas *pubertas*, a idade da maioridade e *pubescere* – ‘apresentar cabelos no corpo’ - ‘atingir a puberdade’ “ (Muuss, 1976, p.11). Hurlock (1979) definiria ainda a palavra *pubertas* como a “idade viril”.

Enquanto que *pubescência* refere-se a um período aproximadamente de dois anos antes do início da puberdade, ou seja, ainda na

infância (Muuss, 1976), a puberdade refere-se “(...) ao conjunto de modificações físicas que transformam o corpo infantil, durante a segunda década de vida, em corpo adulto, capacitado para a reprodução”, segundo Palácios (1995, p.265).

O Comitê Sobre Adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria (1974, p.23) também destaca aspectos biológicos ao definir a adolescência como:

“(...) início da atividade hormonal, que se encontra sob influência do sistema nervoso central, especialmente o hipotálamo e a hipófise, localizados na base do cérebro. As principais consequências são o aumento da elaboração dos hormônios adrenocorticais e sexuais e a produção de óvulos e espermatozóides.”


Isso significa que, a partir da puberdade, ocorre o desenvolvimento de caracteres sexuais primários e secundários, modificações no tamanho, no peso, nas proporções do corpo e no desenvolvimento muscular, além de alterações associadas à força, à coordenação e à habilidade.

Para resumir, pode-se afirmar que o início da adolescência nos meninos é demarcado pela chegada da espermatogênese e, nas meninas, pela chegada da menstruação (Carvalho, 1995). Esses aspectos modificadores podem ser considerados verdadeiros marcos de passagem de uma fase para outra.

As transformações físicas provenientes da puberdade causam também *mudanças psicossociais*. Isso significa que a adolescência não se resume a mudanças físicas, pois é também uma época de re-significações de atitudes e idéias, abandono de velhos papéis e aquisição de novos comportamentos. Reside aqui parte do interesse específico da Psicologia em estudar esse período.

Comentário: Verificar se esta frase está correta.

A área psicológica põe em relevo outros aspectos do fenômeno, como a imagem corporal e a crise de identidade, como veremos. Palácios (1995) analisa que a adolescência é uma época em que mais se está atento ao próprio corpo, na qual as características desenvolvimentais, semelhanças e diferenças em relação ao que é considerado normal são sempre consideradas de forma contundente.

Alguns  comportamentos-problema que podem surgir na adolescência devem ser estudados, segundo Hurlock (1979), também, e não somente, a partir de fatores biológicos. Assim, as modificações hormonais que

ocorrem podem levar a dificuldades de ajustamentos e a atitudes e sentimentos negativos. Todo o desenvolvimento físico (crescimento rápido e mudanças glandulares) pode causar fadiga e sensação de inadaptação por parte do adolescente. Ele pode passar a preferir retrair-se, a ter que se envolver socialmente e até mesmo tornar-se indolente.

Para o adolescente, as mudanças físicas que ocorrem são motivos de muitas dúvidas a respeito de si mesmo, em relação à sua posição social no grupo e especialmente em relação ao próprio corpo. Em várias culturas, o “culto ao corpo” se repete em vários grupos e, certamente, atinge o adolescente de forma direta, levando o jovem a conceder grande importância à aparência física, como constatado por Frazier & Lisombee, em pesquisa de 1950 (citado por Pfromm Neto, 1977). Assim, a avaliação que faz de si mesmo depende da apreciação que os companheiros fazem sobre ele; daí a necessidade de se aliar de forma igualitária, respeitando critérios fornecidos pelo grupo de pares (Hurlock, 1979). E como não sabe ao certo o que se é, a necessidade de se aliar a grupos torna-se mais forte ainda, pois é no grupo que encontrará os seus “iguais”, já que com eles possui elementos (principalmente físicos) em comum. O grupo do qual o jovem faz parte é uma referência na qual procura se espelhar. Mesmo os pais não exercem tamanha influência sobre um adolescente como o seu grupo de pares. Segundo Harris (1999), as diferenças demarcadas entre o grupo dos adultos e o dos adolescentes, estabelecidas conforme a cultura, é que resguardam e garantem a afiliação entre os pares. Por mais que os pais tenham poderes sobre os seus filhos, será ao grupo de amigos que eles irão procurar se igualar. E o que garante a afiliação de grupo é o fato de que todo ser humano possui formas de categorizar as coisas e o mundo ao seu redor, construindo também categorias para classificar pessoas. Assim, o jovem vê-se impelido a juntar-se aos seus pares e, muitas vezes, colocar-se em oposição aos seus pais (Harris, 1999). Dessa forma, o relacionamento positivo com os companheiros pode ser um fator de fundamental importância para o desenvolvimento social (Günther, 1993).

Comentário: Verificar se este parágrafo deve mesmo ficara aqui ou entrar em outro tópico.

1.1.3. Critério Sociológico

Outros autores, assim como Hurlock (1979), consideram mais relevante destacar o caráter de transitoriedade - o adolescente ainda não é adulto, mas também não é mais criança. Essa dupla condição decorre de já ter passado por transformações biológicas necessárias para obter o *status* de adulto - aumento de estatura, desenvolvimento hormonal com as conseqüentes mudanças na aparência e na sexualidade - mas ainda não ter a independência necessária para provimento emocional e financeiro que garanta sua automanutenção. A sociedade não confere, plenamente, ao adolescente, os papéis, funções e obrigações que são exigidos para os adultos, apesar de não vê-lo mais como criança. O jovem ainda necessita de um período maior para realizar ajustes e inclusão total no mundo dos adultos. Para isso, é preciso desempenhar tarefas sociais, de forma a definir sua permanência na sociedade como alguém que é capaz de cumprir deveres e obrigações.

Muuss (1976), por exemplo, diz que a adolescência é um período em que, psicologicamente, se está numa situação marginalizada, exigindo novos ajustamentos, buscando estabelecer diferenciação na passagem da vida infantil para a vida adulta, o que vem confirmar a afirmação anterior.

Socialmente, o jovem passa por uma fase em que está definindo a sua posição. A escolha de uma profissão, a saída da casa dos pais, a iminência da formação de um novo núcleo familiar podem ser considerados como fatores de instabilidade, ansiedade e, principalmente, de transitoriedade (Abramo, 1994; Sposito, 1997; citados por Calazans, 2000). Há escolhas a se elaborar e posições sociais a se redefinir. No entanto, estes fatores não são provocadores de mudanças sob quaisquer condições, mas eles podem ser desencadeadores de transformações importantes.

1.1.4. Critério da crise de identidade (ou critério psicológico)

Comentário:

Acredita-se que a busca por um equilíbrio faz o jovem experimentar uma série de dificuldades que por muitos é classificada por *crise*. Argumenta-se que é perfeitamente aceitável que a sensação de instabilidade social e emocional e a necessidade de estabelecer ajustamentos, como a independência em relação aos pais e a expressão de sua sexualidade, podem ser determinantes para

manifestar problemas de ajustamento emocional e comportamental (Oliveira & Costa, 1997).

A crise pode ser resultante do processo de luto no qual o adolescente atravessa (Aberastury, 1995, citado por Zappa, Jukerama, Fisberg & Medeiros, 2000). Nesse período, há a necessidade de se desvencilhar de uma realidade que não mais existe. O indivíduo precisa lidar com perdas significativas, como a perda de um corpo infantil, dos pais da infância (vínculos familiares) e da identidade infantil. Todas essas perdas podem ocasionar sentimentos de insegurança, desamparo e solidão, devido à necessidade de adaptação às mudanças que o momento exige. Podem assim surgir comportamentos interpretados pelos adultos como inconvenientes: atitudes reivindicatórias, contradições de conduta, flutuação de humor e separação progressiva dos pais. A crise, então, pode ser avaliada como um “sintoma” das mudanças que o jovem vêm realizando, não significando, com isso, que ela necessariamente ocorra com qualquer indivíduo ou sob quaisquer condições.

Ao se referirem à crise adolescente, Mckinney, Fitzgerald & Strommen (1983) expõem que, ao mesmo tempo em que o adolescente deve se responsabilizar pelos seus atos, ainda não tem liberdade suficiente para não estar submetido à autoridade dos adultos, o que concede a essa fase um caráter de extrema *ambigüidade* (Abramo, 1994, citado por Calazans, 2000). Nos Estados Unidos da América, por exemplo, aos dezesseis anos pode-se obter licença para dirigir automóveis e, no caso de adolescentes que desejarem trabalhar, já não estão mais impedidos pelas restrições legais até anteriormente estabelecidas (Comitê sobre a Adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria, 1979). Aos dezoito anos, nos Estados Unidos da América, ao jovem é não só permitida, mas exigida, a prestação de serviços militares. Também é permitido que se case. No entanto, é proibido o uso de bebidas alcoólicas, exceto cerveja. “E temos assim o paradoxo de *status* em que o soldado casado não pode entrar num bar e beber, nem pode votar, mas pode procriar e matar”, analisa o Comitê sobre a Adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria (1979, p. 38). Algumas conquistas sociais no Brasil ilustram essa situação: o jovem de dezesseis anos tem direito ao voto, mas não recebe a mesma punição que os maiores de dezoito anos quando comete alguma infração ou delito;

também não pode se casar sem a autorização dos pais ou parentes antes dos 18 anos.

Devido à sensação de incerteza na qual o adolescente pode se encontrar, autores apostam na concepção de adolescência como a fase em que há grande probabilidade de comportamentos-problema (Hurlock, 1979). Considera-se que esses tipos de comportamentos ocorram em razão dos adultos, e até mesmo os próprios adolescentes, tentarem encaixar os jovens nos padrões de atitudes cabíveis aos adultos.

Essas instabilidades e ambigüidades sociais (“pode isso, mas não pode aquilo”) facilitam a sensação de conflito e crise, que tanto o jovem como seus familiares atravessam. As dificuldades decorrentes são motivos de muitas especulações por teóricos e estudiosos de várias áreas.

Na Psicologia, têm sido elaboradas teorias para explicar os aspectos psicossociais da adolescência. Essa “problematização” da adolescência vem ocorrendo desde o início do século XX, como veremos a seguir.

1.2. Teorias psicológicas sobre a adolescência

Muitas vezes, no imaginário popular, a adolescência é considerada como uma fase “difícil”, “dramática” e cheia de conflitos. É certo que instabilidades podem existir, porém não necessariamente a adolescência é um período turbulento e repleto de crises inevitáveis. Essa interpretação leiga da adolescência provém de estudiosos que também consideraram a juventude como um período em que, necessariamente, ocorrem conflitos (Oliveira & Costa, 1997). Através da recapitulação das principais teorias que enfocam o tema da adolescência, é possível certificar-se disso.

Um dos primeiros teóricos da adolescência foi Stanley Hall, psicólogo (★1844 –†1924) que, no início do século XX, descreveu o desenvolvimento humano como fenômeno regido pela lei da recapitulação (Muuss, 1976). Para Hall, em cada fase de vida o homem moderno revive uma passagem da história evolutiva da humanidade (teoria Biogenética, criada sob influência C. Darwin (★1809 – †1882). A adolescência seria uma atualização de um dos estágios dos antepassados primitivos, no qual turbulência e tensão eram

constantes. Daí, a descrição da adolescência como um período de *Sturm und Drang*¹ (Mckinney, Strommen & Fitzgerald, 1983; Günther, 1996).

S. Hall, segundo Palácios (1995, p. 268), foi influenciado pela “(...) contra-senha do movimento romântico da literatura alemã do século XVIII (...)”, levando-o a elaborar a teoria da “tormenta e drama”. Apesar de ter sido S. Hall o divulgador da visão romântica da adolescência, foi J.J. Rousseau (★1712 - †1778) quem elaborou essa concepção sobre a existência humana (Muuss, 1976; Fierro, 1995). Assim,

“(...) é possível que esta não seja tanto uma imagem tipicamente romântica da adolescência, mas sim que o romantismo consista na transposição, para a cultura, a arte e a literatura, da consciência e da vivência adolescente: a melancolia pelo passado, pelo paraíso perdido, a força e a contradição dos sentimentos contrapostos, o idealismo e a ânsia de viver, a grandiosidade dos projetos. Em todo caso, existe uma inegável afinidade entre a experiência adolescente e a concepção romântica da existência humana.” (Fierro, 1995, p. 290)

Contrapondo-se às idéias de Hall, Newman (1958, citado por Pfromm Neto, 1977) afirma que a adolescência não é, necessariamente, uma fase de crise, ou uma idade ingrata com inquietude e transtornos. Essas classificações, como veremos adiante, são impregnadas de significações culturais, que ocorrem de acordo com os grupos sociais em que as pessoas estão fixadas.

O aspecto de crise do adolescente impregnou muitos estudiosos, como Anna Freud (★1895 – †1982), que considerou tarefa impossível ao jovem manter um equilíbrio estável e que esta estabilidade poderia, até mesmo, ser considerada uma anormalidade (Lopes, 1994; Günther, 1996).

Assim como S. Hall, Sigmund Freud (★1856 – †1939), a partir de 1915, também acreditava que a adolescência sofre influências das experiências anteriores da humanidade (Muuss, 1976). Freud enfocava o desenvolvimento psicosssexual como sendo geneticamente determinado, não havendo qualquer influência do ambiente. A teoria freudiana considera que o desenvolvimento

¹ Tempestade e tensão.

humano se processa em cinco etapas - fase oral, anal, fálica, latência e genital (Bock, Furtado & Teixeira, 2000). A terceira etapa de desenvolvimento - a fase fálica - é o período descrito como sendo o início da puberdade, no qual a criança começa a sentir prazer na manipulação de seus órgãos genitais. Após essa fase de curiosidade inicial em relação à sexualidade, transcorre o período de “latência”. Nesse período, o jovem estabelece uma aquietação de sua sexualidade, transferindo a sua *energia libidinal*² para outras atividades, como, por exemplo, aquelas que exigem maiores esforços intelectuais. Durante a fase seguinte, chamada de “genital”, o adolescente (quase adulto) alcança a etapa final de sua evolução psicosssexual. Agora, sua sexualidade é caracteristicamente heteroerótica e genital, diferenciando-se assim das fases anteriores em que o indivíduo tinha a sua sexualidade direcionada à obtenção de prazer voltada somente para seu próprio corpo.

Diferentemente de S. Freud, que atribuiu extrema importância ao determinismo biológico no processo de desenvolvimento humano, autores como E. Erikson (1961, ★1902 – †1994), E. Fromm (1932, ★1900 – †1980), K. Horney (1939, ★1885 – †1952) e H. Sullivan (1953, ★1892 – †1924) citados por Muuss, (1976), apesar de seguidores do “pai da Psicanálise”, reconheceram, na primeira metade do século XX, a importância do ambiente e dos fatores sociais no desenvolvimento dos impulsos sexuais.

Comentário:

Comentário:

E. Erikson, a partir de 1950, aplicou estudos da Antropologia Cultural à sua teoria (Muuss, 1976), modificando, assim, a teoria psicosssexual do desenvolvimento de S. Freud. Para Erikson, a aquisição da identidade do ego é algo que varia de acordo com a cultura, mantendo apenas uma variável em comum, que seria o reconhecimento de realizações e conquistas. Em sua descrição de oito estágios evolutivos do desenvolvimento humano, Erikson (1987) afirma que “(...) a alienação própria dessa fase é a *confusão de identidade* (...)” (p.182) e a denominação dada a esse estágio é *Identidade versus Difusão de Papéis*. Isso significa que há um conflito em que o jovem vive o dilema de definir a sua própria identidade: “(...) uma perspectiva sobre sua própria experiência de vida, onde busca de integração das experiências passadas, desenvolvimento de um sentido de individualidade e consciência cada vez maior do próprio destino.”

Comentário: Colocar data.



² *Energia Libidinal*: “Energia motora dos instintos da vida” (Sillamy, 1998, p.142).

(Oliveira & Costa, 1997, p. 88). É como se o jovem tivesse que reavaliar todas as suas experiências passadas para compor um futuro e, para tanto, mudanças e ajustes devem ocorrer. Como afirma Muuss (1976, p. 37):

“O adolescente deve restabelecer a identidade do ego à luz das experiências anteriores e aceitar suas novas mudanças físicas e sentimentos libidinais como sendo parte de si mesmo. Se a identidade do ego não é satisfatoriamente estabelecida neste estágio, existe o perigo da difusão de papéis, que prejudicará o desenvolvimento subsequente do ego.”

Kurt Lewin (★ 1890 – †1947), em sua obra de 1939 intitulada “Field Theory and Experiment in Social Psychology”, explicita a sua concepção de adolescência no âmbito da “Teoria de Campo”. A adolescência é considerada agora como um período de transição em que a filiação em grupos é modificada. Nesse caso, o adolescente é visto como alguém que está na linha limite entre a infância e a fase adulta, o que o faz viver uma incerteza quanto aos seus papéis sociais (Muuss, 1976).

Comentário: Colocar data.

Jean Piaget (★ 1896 – †1980), em sua teoria cognitivista elaborada a partir de 1924, concebe o adolescente como alguém que já é capaz de abstrair idéias e raciocinar de forma lógica. Essa capacidade é possibilitada pelo fato do pensamento estar em fase desenvolvimental, denominada “operatório formal”. Ao considerar a afetividade, Piaget assinala que a adolescência é o momento em que sentimentos idealistas emergem, ao mesmo tempo em que a personalidade continua o seu caminho rumo ao desenvolvimento definitivo (Wadsworth, 1992).

Comentário: Colocar data.

Robert J. Havighurst (★ 1900 -), psicólogo social norte-americano, em 1953 (citado por Muuss, 1976; Pfromm Neto, 1977 e por Hurlock, 1979) elaborou uma relação das principais tarefas evolutivas que o adolescente deve cumprir durante o seu desenvolvimento: adaptação e aceitação de um novo corpo, agora adulto; escolha de uma profissão e entrada no mercado de trabalho; corte dos laços de dependência emocional, financeira e psicológica dos pais ou responsáveis; alcance de maturidade suficiente para a formação de um novo núcleo familiar; aquisição de novo repertório comportamental diferenciado da vida infantil; aquisição de novos valores éticos e morais e comportamento cívico condizente. Assim sendo, o jovem tem várias tarefas a cumprir que envolvem aspectos de sua vida diária, social, familiar, emocional e patriótica.

Apesar das mudanças biológicas serem básicas para a caracterização dessa fase, questiona-se a universalidade das alterações comportamentais observadas nos adolescentes. Seriam comuns a todas as culturas as famosas “crises” de identidade e de papéis sociais, já naturalizadas como típicas desse período?

1.3. Adolescência: fenômeno universal ou cultural?

A puberdade é um acontecimento fisiológico que ocorre em todos os seres humanos, independente de sua posição social, classe, cor e gênero (Palácios, 1995). No entanto, afirmar que a adolescência é sempre vivida como um período conturbado pode ser uma generalização perniciosa. É sabido que, em certas sociedades, esse período possui outras significações, sendo que nem sempre há um estiramento dessa fase como ocorre nas sociedades capitalistas ocidentais (Mckinney, Fitzgerald & Strommen, 1983). Postula-se que ancestrais humanos não possuíam outras categorias classificatórias, além de crianças e adultos. Se um indivíduo não pudesse mais ser considerado criança, a ele eram impostas tarefas genuinamente determinadas aos adultos. Portanto, fica claro o caráter cultural pelo qual a adolescência é marcada (Harris, 1999).

Como já foi citado, há teorias que consideram a adolescência como um período de conflitos e dramas. Para confrontar esta interpretação, pesquisas provenientes da antropologia cultural demonstraram que adolescentes de Samoa, na Oceania, possuem uma vivência dessa fase totalmente diferente do que foi descrito por S. Hall. A conhecida antropóloga Margaret Mead (1928, citado por Palácios, 1995) constatou que:

“Os meninos e meninas de Samoa, que atravessavam as mudanças fisiológicas que levam da infância à maturidade, não apresentam nenhum sinal especial de tensão, de turbulências ou de dificuldades (...) Pelo contrário, parece que (...) tudo levava a realizar uma transição fácil e sem problemas...” (Palácios, 1995, p. 268)

Conclui Mead que a adolescência é um fenômeno típico da cultura na qual se insere.

Também, A. Bandura (★ 1925 -), teórico da área da aprendizagem social, considerava que a maior parte das dificuldades pelas quais

Comentário: Colocar data.

os jovens passariam estabelecidas pela cultura na qual estão inseridos. Para esse autor, portanto, o ambiente é um fator decisivo para o estabelecimento de dificuldades, que, apesar de realmente poderem ser constatadas, não se pode duvidar de que foram originadas a partir de contextos sociais (Günther, 1996).

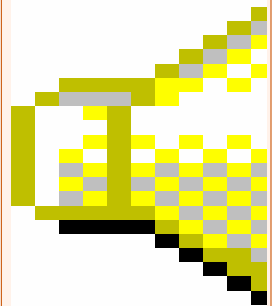
Assim, uma das maiores dúvidas em relação à adolescência se dá em torno de sua universalidade. Sabe-se que, dependendo do critério utilizado para defini-la, adolescência é fenômeno tipicamente humano, não sendo constatado em outra espécie. Enquanto que, em outras espécies, com a aquisição de independência física, há uma transposição direta da infância para a idade adulta, nos humanos, há uma crescente necessidade de se estar submetido aos cuidados dos adultos. Os bebês humanos nascem relativamente mais imaturos do que os recém nascidos de primatas e, por conseguinte, o completo desenvolvimento do sistema nervoso central e hormonal se dá mais tarde. Isso significa que a sua dependência o aproxima, até mesmo durante a idade adulta, dos seus companheiros e familiares (McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1983).

Adeptos da ideia de não-universalidade da adolescência, autores como Ariès (1978) analisam a questão sob o ponto de vista histórico, considerando que o conceito de infância, assim como é concebido hoje, é algo datado historicamente. Até o século XVIII, não era concedido o mesmo tratamento aos jovens como se observa atualmente. Durante a Idade Média, supõe-se que não havia o que hoje poderia ser chamado de “sentimento da infância”, o que não quer dizer que crianças fossem totalmente negligenciadas ou maltratadas. No entanto, de um modo geral, não havia grande diferenciação entre o jovem e o adulto, pois lhes eram delegadas as mesmas tarefas.

Segundo Rudolfer (1974, citado por Carvalho, 1995), na Grécia e na Roma Antiga, a noção de adolescência como fenômeno comum ao desenvolvimento de vários indivíduos surge somente em momentos de exigência político-social, como nos períodos de guerra em que os jovens eram obrigados a se prepararem para posterior combate. Assim,

“Na Idade Média também só eles que se preparavam para a guerra ou para o governo tinham uma fase de transição; os outros e as mulheres passavam diretamente da infância aos deveres adultos” (Carvalho, 1995, p. 40).

Comentário:



JR Preciso verificar a referência e o século em questão!

O sentimento de infância surgiu dentro da convivência familiar, caracterizado pela “paparicação”. Eclesiásticos e homens da lei passaram a incentivar esse sentimento com o intuito de facilitar a vigilância das leis moralistas e disciplinadoras dos costumes da época (Ariès, 1978).

Também o conceito de adolescência pode ser considerado recente (Ariès, 1973, citado por Desser, 1995). Apesar de já ser referida desde a antiguidade por filósofos como Aristóteles, acredita-se que o sentimento de adolescência, tal como hoje é definido, surgiu no Ocidente, no início do século XX.

Nas sociedades atuais, fatos e acontecimentos impuseram às pessoas a adoção de novos hábitos, como ocorreu na Revolução Industrial, que exigiam a especialização da mão-de-obra. Impôs-se, assim, a necessidade dos filhos de operários ampliarem seus conhecimentos (Palácios, 1995). Se, até um certo momento, as crianças eram tratadas como adultos em miniatura, a partir de então, estabeleceu-se um período de moratória chamado de “infância”. Nesse período, era necessário freqüentar a escola, o que fez com que o tempo de dependência em relação aos pais fosse aumentado. Foi surgindo, assim, uma cultura adolescente, que passou a ser considerada como uma fase particular do desenvolvimento humano (Palácios, 1995).

De outro lado, com a industrialização cada vez maior, criou-se a necessidade de se prolongar ainda mais o período de estudo. Se, até um momento atrás, os jovens permaneciam na escola durante um curto período, hoje, vê-se que a dificuldade para definir o término da adolescência se dá pelo fato de que, apesar de o jovem já poder, pelo menos biologicamente, ser considerado um adulto, culturalmente, ele ainda não conquistou sua autonomia econômica, social e emocional. Devido às questões atuais, há cada vez mais incentivo e necessidade de se postergar o estabelecimento da vida adulta. Assim como afirma Campos (1996), quanto mais complexos são os avanços tecnológicos, mais intrincados serão os papéis adultos que os jovens deverão se preparar para assumir futuramente, prolongando o tempo de preparo e, conseqüentemente, protelando a independência social e emocional.

No entanto, como afirmam Bussab & Ribeiro (1998), a própria cultura teve uma evolução *pari passu* com a biologia. Isso pode significar que o

Comentário: Preciso decidir se este parágrafo continua aqui.

Comentário: Preciso verificar se este parágrafo deve ficar aqui.

estiramento da infância e da adolescência seria um processo evolutivo de adaptação às condições do ambiente. Segundo esses autores, para que o homem se transformasse em ser humano, primeiro foi necessário que ele pusesse em prática a sua vocação de ser cultural. Melhor explicando essa interrelação entre o biológico e o cultural, Bussab & Ribeiro (1998, p. 176) argumentam que: “(...) *assim que nossos ancestrais desenvolveram uma dependência da cultura para sobreviver, a seleção natural começou a favorecer genes para o comportamento cultural*”.

Estabelecer somente as transformações biológicas como fatores influentes da adolescência torna o estudo dessa fase uma discussão perigosa. Não somente os fatores biológicos, mas também os sociais devem ser contemplados para se compreender o desenvolvimento adolescente. No entanto, deve-se estar atento para não se incorrer no reducionismo, ao se considerar apenas um daqueles determinantes, o que tornaria a discussão infértil (Campos, 1996). Isso significa que a análise deve ser feita a partir de um contexto biopsicossocial, considerando todos os fatores possíveis. Assim, temos que:

“O problema, portanto, não consiste em o que é dado, o que é adquirido e o que é um resultado da interação entre o inato e o adquirido. A questão é infinitamente mais complexa. Trata-se, pois, de saber que eventos específicos, biológicos ou ambientais, ou que combinação dos mesmos, em que grau e sob que circunstâncias operam para influenciar um padrão específico de desenvolvimento de personalidade ou de comportamento” (Campos, 1996, p. 32)

Dessa maneira, da mesma forma que é importante atentar para o fato de que existem influências biológicas, também é imprescindível considerar a cultura como um referencial no estudo do desenvolvimento humano, uma vez que ela é inerente à condição humana, como afirmam Bussab & Ribeiro (1998). Portanto, pelo fato de existirem variados tipos de culturas, fica claro que é necessário cuidado ao se fazer generalizações, ao se estudar qualquer fase do desenvolvimento. Por esses motivos, é essencial conhecer um pouco o perfil dos jovens brasileiros, uma vez que a presente pesquisa pretende estudar uma pequena parcela desses.

1.4. O adolescente brasileiro e sua saúde

O contexto social é fator primordial para a compreensão das necessidades, das características e das dificuldades dos adolescentes. Esse é o motivo pelo qual se apresentam aqui alguns dados referentes às pesquisas sobre adolescência no Brasil.

Alguns estudos e pesquisas têm sido elaborados no intuito de identificar características do jovem brasileiro. Em seu último censo demográfico realizado em 1998, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) constatou que haviam, no país, 47.861.650 jovens, com idade entre 10 - 24 anos, sendo que, no Espírito Santo, o total de jovens era de 896.652 (IBGE, 2000). A região Metropolitana de Vitória/ES contava com 395.592 jovens de 10 a 24 anos de idade.

Comentário: REVER ESSE NÚMERO!!!

Ao se analisar o passado recente do país, é possível perceber que a população jovem aumentou substancialmente desde a década de 70. Se naquela época o Brasil contava com 18,3 milhões de jovens de 15 a 24 anos de idade, em 1998 os números chegaram aos 32,0 milhões. A explicação para esse aumento considerável da população jovem circunscreve-se aos fatores sócio-econômicos. Essa transformação na estrutura etária do país deve-se principalmente ao aumento de esperança de vida ao nascer (Ministério da Saúde, 1999).

Várias pesquisas foram e estão sendo realizadas com a preocupação de conhecer quem são os jovens brasileiros. Zagury (1996) interessou-se em descrever o que pensa, como age e como vive o jovem brasileiro, a fim de comparar esses dados com as características apontadas pelos manuais sobre adolescência existentes. Entrevistou 943 jovens, sendo 448 meninas e 495 rapazes, estudantes do Ensino Fundamental, residentes em sete capitais e nove cidades brasileiras, com idades entre 14 e 18 anos, de todos os níveis sócio-econômicos. Descobriu que os jovens de camada social menos favorecida tenderam a contribuir, com maior frequência, nas tarefas domésticas do que aqueles que têm maior poder aquisitivo; e que os rapazes são os que menos realizam tarefas do lar. Esses jovens gastavam a maior parte de seu tempo livre ouvindo música (72,9%), vendo televisão (61%), “batendo papo” com os amigos (58,2%), praticando esportes (52%), lendo (26,5%), frequentando

bares e restaurantes (24,3%), indo ao cinema ou teatro (22,4%), entre outras atividades (21,6%).

Zagury investigou também, entre outras coisas, a idade em que aqueles jovens que faziam uso de drogas ilícitas começaram a utilizar drogas como maconha, cocaína, *crack*, heroína, remédios para emagrecer, calmantes, álcool e solventes: entre as drogas mais usadas estava o álcool, com mais de 56% de frequência (Zagury, 1996). Descobriu que a maioria dos adolescentes (57,7%) iniciou o consumo de drogas aos 14 anos de idade e que a maioria (45,5%) ainda nem pensava em parar de consumi-las.

Os adolescentes da pesquisa de Zagury (1996) apontaram os amigos (49,9%) e as mães (22,4%) como as pessoas mais procuradas para conversar quando estão tristes ou com problemas; já os pais não são muito lembrados nesses momentos, porque não se colocam à disposição dos filhos ou porque estes não sentem a mesma segurança depositada nas mães e nos amigos.

Günther (1996), fez uma pesquisa para conhecer as preocupações dos adolescentes, coletando opiniões de uma amostra de jovens e de adultos em Brasília/DF. Os resultados contrariaram as expectativas dos adultos: os jovens se mostraram preocupados com a escola, a vida e a morte de entes queridos, a situação econômica do país, a AIDS e a fome no mundo. Comparando as opiniões dos jovens e dos adultos, essa autora constatou que havia uma divergência entre o que o jovem e o adulto pensavam a respeito das preocupações da adolescência. Resultados semelhantes foram obtidos por Sarriera, Schwartcz & Câmara (1996), em pesquisa realizada com adolescentes, em Porto Alegre/RS: os jovens preocupam-se com seu desempenho escolar e não apenas com coisas fúteis, como comumente se acredita. Esse dados sobre o desempenho escolar também foi encontrado por Zagury (1996), pois 92,2% de 943 jovens entrevistados responderam que continuam os seus estudos dada a importância que creditam a esta atividade.

Além da preocupação com o desenvolvimento escolar, a agência DMB & B ("O Planeta Teen", 1995, citado por Wagner, Falcke & Meza, 1997), em uma grande amostra, constatou que grande parte dos jovens deseja ter sucesso na carreira, ser feliz, fazer faculdade, ter um bom emprego, casar-se e ter filhos.

Em relação à população brasileira, é importante ressaltar o alto índice de pobreza e miséria que caracteriza milhares de jovens. Günther (1993) alertava para o fato de que, no Brasil, 32 milhões de crianças e adolescentes, com idades entre zero e dezessete anos, estavam inseridas em famílias que possuíam rendas de até meio salário-mínimo. São dados alarmantes também publicados na imprensa escrita, como se vê:

“A pesquisa informa, também, a existência de 18 milhões de pessoas com mais de quinze anos que não sabem ler e escrever, de 2,8 milhões de jovens entre dez e quatorze anos que trabalham, e o dado alarmante de que em cada cem crianças, setenta e três não conseguem concluir o primeiro grau.” (Revista Veja, 1992, citado por Günther, 1993, p. 45).

As condições sociais provocam ainda diferentes de causas de morte na população jovem do país. Segundo dados do IBGE (1999), são elevados os níveis de mortalidade decorrentes de causas externas, como agressões, homicídios, acidentes de transporte, suicídios, afogamento, etc. Esses dados se devem, em grande parte, à violência a qual os jovens brasileiros, assim como o restante da população, estão expostos. Também o Ministério da Saúde (1999) afirma que os acidentes de trânsito são maior causa de morte de jovens no mundo, relacionando-se, geralmente, ao consumo de bebida alcoólica.

Em recente pesquisa, a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), sob a coordenação de Rua & Abramovay (2001), realizou, no Brasil, um levantamento sobre as ações de prevenção às DST's³/AIDS e uso de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes. Foram aplicados questionários em 16.619 alunos, de 10 a 24 anos de idade, estudantes do Ensino Médio e Fundamental, de escolas públicas e privadas de 14 capitais brasileiras, inclusive Vitória/ES. Foi constatado que, em Vitória/ES, 12% dos entrevistados fumam, contra 88% que não fumam; 53% consomem bebidas alcoólicas, contra 47% que não consomem; e quanto às drogas ilícitas, 7% usam ou já usaram, contra 93% que não usam ou nunca usaram. De maneira geral, os jovens começam a consumir bebidas alcoólicas aos 13 anos e 4 meses. A capital do Espírito Santo, Vitória (53%) só perde para as cidades do Porto Alegre (62%), Florianópolis (61%), Rio de Janeiro (59%) e São Paulo (58%) em

percentual de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas; e está em terceiro lugar (12%) dentre as quatro capitais com maior percentual de jovens que consomem cigarro, perdendo somente para Porto Alegre (18%), Belém (14%) e Rio de Janeiro (13%). Em relação à sexualidade do adolescente, a pesquisa revelou que o início da atividade sexual se dá por volta de 15 anos e 6 meses nas garotas capixabas e 13 anos e 9 meses nos garotos, estando próximo à média nacional, que é de 15 anos.

Levantar dados sobre a juventude brasileira não é uma preocupação apenas de pesquisadores mais recentes. Já nas décadas de 50 e 60, autores se interessaram em estudar o cotidiano de adolescentes. Assim, Camargo & Garcia (1953, citado por Pfromm Neto, 1977) realizaram um inquérito com estudantes de nível Médio na cidade de São Paulo, com idades entre 17 e 20 anos, de ambos os sexos, a fim de verificar os tipos de atividades e recreações que realizavam. Descobriram que, de forma geral, os jovens passavam suas horas de folga em casa e que suas preferências estavam inseridas nas rotinas domiciliares, como ouvir música, ver televisão e praticar a leitura. Em 1963, Mascellani e colaboradores (citado por Pfromm Neto, 1977) colheram informações sobre o tempo médio semanal gastos em atividades diárias de 128 adolescentes, com idades entre de 10 e 13 anos, na cidade de São Paulo. Os resultados dessa pesquisa indicaram que o tempo dedicado a atividades específicas era semelhante entre ambos os sexos e que os jovens se dedicavam, principalmente, a atividades recreativas. Assistir televisão foi o comportamento mais freqüente, com dedicação semanal média de 10 a 11 horas, para ambos os sexos. Os resultados gerais indicaram que os adolescentes dedicavam-se a: brincar em casa (média de 16 horas), usar meios de comunicação coletiva e visual - televisão, cinema e revistas em quadrinhos (média de quase 14 horas), participar de esportes e brincar fora de casa (média de mais de 6 horas) e leitura de livros recreativos (média de 1 hora).

Os dados de pesquisas, apesar de não serem generalizáveis, expõem algumas características dos jovens brasileiros, podendo servir para comparar estudos sobre comportamentos vinculados à saúde na adolescência.

³ DST's: doenças sexualmente transmissíveis.

1.5. Adolescência e doença crônica

1.5.1. 0 Estresse

Sair da infância e deixar de ser criança pode significar mais do que uma simples mudança de *status* social. A vida adulta não se inicia a partir do momento em que se deixa de frequentar o pediatra e passa-se a ser atendido por ginecologistas ou andrologistas. Até ter uma posição adulta, o indivíduo passa por um período de transição, decorrente do fato de ainda não ser criança, mas também não ser considerado um adulto. Pode, assim, passar por sérias dificuldades para se estabelecer socialmente e manter a auto-estima.

As diversas mudanças que ocorrem (no corpo, na sexualidade, com os grupos e a família) podem ser motivo para o nítido aumento da depressão e a conseqüente queda da auto-estima, como afirma Bee (1996). O jovem se sente cobrado a não ser mais uma criança e esse novo papel ainda precisa ser aprendido: “(...) o nítido aumento no índice de depressão e queda na auto-estima que observamos no início da adolescência parecem estar ligados a esse excesso de novas exigências e mudanças” (Bee, 1996, p. 463).

Comentário: Escrever mais a respeito.

Comentário: Escrever mais a respeito

Comentário: Pegar o livro para colocar a página.

Assim, a quantidade de mudanças sofridas pelo jovem no início da puberdade poderá provocar uma queda na auto-estima, levando-o a apresentar mais comportamentos problemáticos e até mesmo uma diminuição das notas escolares (Eccles & Midgley, 1990 e Simmons & Reef, 1988, citados por Bee, 1996). Aqueles que conseguirem lidar com problemas, como, por exemplo, a separação ou o divórcio dos pais e as mudanças de escola ou de cidade, terão menores chances de apresentar sintomas de estresse. Isso mostra que o estresse é um acontecimento que envolve mudanças na vida cotidiana do adolescente, requerendo adaptações e ajustes.

Para Lipp (1984, p.6), de uma forma geral, o estresse pode ser descrito da seguinte forma: “(...) uma reação psicológica, com componentes emocionais físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa”.

Ao definir estresse, Sarafino (1994) apresenta uma distinção tripartida: pode ser descrito como um estímulo, uma resposta ou como um processo. Primeiramente, o estresse é definido como um estímulo. Acredita-se

que o ambiente contenha eventos provocadores de estresse. Esses estímulos poderiam ser ameaçadores ou prejudiciais, entre os quais se pode citar as catástrofes (tornados, terremotos, enchentes, etc.), a perda de ente querido ou membro da família, a perda de emprego e circunstâncias crônicas.

A segunda definição enfoca o estresse como sendo uma resposta. Volta-se aqui a atenção para a reação das pessoas em resposta aos estímulos estressores. Nesse caso, o estresse é considerado como um estado de tensão em que respostas psicológicas e fisiológicas são acionadas.

No terceiro enfoque, o estresse é considerado como um processo. Sarafino (1994) inclui aqui os trabalhos de 1976, de Mechanic; de Cox, em 1978; de Lazarus & Launier, em 1978 e de Lazarus & Folkman, em 1984, que consideram uma variável ainda não citada nas outras definições: a relação entre o indivíduo e o ambiente. De acordo com Lazarus & Folkman (1984, citados por Thompson Jr. & Gustafson, 1996), essa mútua influência ocasiona contínuas interações entre o ambiente e o indivíduo, em que cada um afeta e é afetado pelo outro. Nessa análise, o estresse é um processo em que o indivíduo é um agente ativo que tem o poder de amenizar o impacto dos agentes estressores, através de estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais.

Para resumir, Sarafino (1994) se apóia nos trabalhos de Mechanic, de 1976; de Cox, em 1978; de Lazarus & Folkman, em 1984; de Singer & Davidson, em 1986; de Trombull & Appley, em 1986, para definir o estresse como uma condição resultante das interações entre ambiente e indivíduo, que o leva a perceber a discrepância – real ou não – entre as demandas das situações e os recursos dos sistemas biológicos, psicológicos e sociais. O indivíduo não é um participante passivo, mas sim ativo, que avalia e julga a situação, levando em consideração todo o seu sistema de crenças e valores. É assim capaz de atuar no seu ambiente de acordo com a demanda da situação. Isso significa que não há uma unidirecionalidade, mas sim bidirecionalidade entre ambiente e indivíduo, em que a reciprocidade de influências é constante (Thompson, Jr. & Gustafson, 1996).

Uma condição importante para o início do estresse é a avaliação que se faz do evento. O fato de um indivíduo avaliar um acontecimento como algo ameaçador, desafiador ou que lhe prejudique, contribui para que seja

desencadeado o processo de estresse. Após uma avaliação do estímulo estressor, é comum que se faça uma apreciação dos recursos disponíveis para se enfrentar situação com maiores chances de sucesso (Sarafino, 1994).

Denominar ou não um estímulo como estressor é uma avaliação que depende tanto do indivíduo que sofre e interpreta, quanto da situação, como afirma Sarafino (1994), baseando-se em autores como Cohen & Lazarus (1975, citados por Lazarus & Folkman, 1984). Há características pessoais, como capacidade intelectual, motivação e características de personalidade, que são variáveis importantes na leitura da situação. Pessoas que possuem auto-estima mais elevada têm maiores chances de enfrentar uma situação de estresse e se saírem “vencedoras”, assim como aquelas que acreditam possuir controle da situação em suas mãos (Thompson Jr. & Gustafson, 1996). Mais uma vez, a interdependência de fatores ocorre. É possível que uma situação, por si só, seja motivo para um elevado nível de estresse (Greden, 1974, citado por Lipp, 1984). Entretanto, a forma como se avaliam as experiências anteriores e atuais e as características psicossociais e emocionais do indivíduo poderão ser fatores relevantes para a autodefesa (Ellis, 1973 e Lazarus, 1976, citados por Lipp, 1984).

Comentário: Esta data foi inventada, conferir.



Há duas formas específicas de se avaliar uma situação de estresse, segundo Lazarus & Folkman (1984) e Thompson, Jr. & Gustafson (1996): “primária” e “secundária”.

A primeira forma de avaliação - primária - refere-se ao momento em que o indivíduo estima o significado de uma interação entre ele e o ambiente, levando em consideração o seu bem-estar. Essa avaliação pode identificar a situação como irrelevante, benigna/positiva ou como estressante. Folkman (1984, citado por Sarafino, 1994, por Thompson, Jr. & Gustafson, 1996 e também por Gimenes, 1997), postulou três tipos de avaliações estressantes: *harm* (dano) / *loss* (perda, prejuízo), quando a perda ou o prejuízo já estão concretizados; *threat* (ameaça), refere-se a uma perda em potencial, uma ameaça; *challenge* (desafio), quando há uma oportunidade para crescer ou lucrar com a situação, ou até mesmo impor domínio. Essas avaliações podem remeter tanto a sentimentos negativos como positivos. As duas primeiras formas de avaliação (dano e

Comentário: Verificar esta referência.



ameaça) são associadas a sentimentos negativos, enquanto a última (desafio), corresponde a sentimentos positivos.

A segunda forma de avaliação - secundária - envolve a apreciação dos recursos de enfrentamento disponíveis (*coping*). Segundo Folkman (1984, citado por Sarafino, 1994; Thompson, Jr. & Gustafson, 1996), esses recursos podem ser físicos, sociais, psicológicos ou materiais.

E o adolescente? Como se comporta em situação de estresse?

Como foi abordado inicialmente, é possível que, em determinadas situações, o adolescente tenha mais dificuldades do que um adulto para lidar com situações estressantes, uma vez que as alterações vividas podem ser motivos de conflitos.

Entre outros fatores, o estresse crônico, provocado por “(...) *relações ambivalentes ou insuficientemente gratificantes com os pais*” (Graham, 1974 e Cytrin & McKnew, 1980, citados por Chabrol, 1990, p. 89) é uma das causas etiológicas de depressões entre adolescentes.

Uma situação de estresse pode ter efeito ou uma durabilidade variável. Essa variabilidade irá depender do agente estressor ser um evento desagradável e trivial da vida diária ou uma situação desconfortavelmente constante, como uma doença crônica, por exemplo (Thompson, Jr. & Gustafson, 1996). Assim, a doença crônica é uma das causas de estresse durante a adolescência e, como em todo evento estressante, também na doença crônica são exigidos esforços a fim de lidar com a situação.

No caso do *Diabetes Mellitus* Tipo 1, o estresse pode ser ainda mais debilitante, devido a uma série de ocorrências orgânicas próprias da puberdade, que, conjugadas à doença crônica, conduzem a um quadro em que o descontrole metabólico da insulina pode se tornar ainda maior (Chipkevitch, 1994).

1.5.2. Definições de Estratégias de Enfrentamento

Qualquer ser vivo necessita um dia manejar esforços para adaptar-se a situações, mesmo que essas sejam banais ou insignificantes. Adaptar-se é uma opção para superar dificuldades. Para isso, esforços necessários devem

ser conjugados com o intuito de juntar forças adequadas para a situação em questão.

Cada um pode perceber o grau de adaptação necessária para uma determinada situação. Isso está diretamente relacionado com a maneira em que o indivíduo interpreta a situação requerente. Uma situação de estresse exige mudanças adaptativas para que seja superada e, então, um novo cenário possa despontar. Tudo isso ocorre na tentativa de recuperar um nível de adequação e estabilidade mais saudáveis e confortáveis para o indivíduo.

Também o adolescente passa por momentos em que a adaptação torna-se imperativa, especialmente quando é portador de uma doença crônica, podendo, assim, ser vítima constante de estresse. Dessa forma, os adolescentes com uma condição de doença crônica estão mais propensos a ter dificuldades de ajustamento psicológico, segundo Boice (1998).

A necessidade de compreender os processos que ocorrem quando um indivíduo necessita de vários esforços adaptativos às situações conjugadas com estresse e doença crônica, fez com que fossem elaboradas teorias sobre as estratégias utilizadas para se enfrentar situações estressantes.

São vários os enfoques sobre estratégias de enfrentamento disponíveis na literatura; no entanto, uma vez que este trabalho não pretende encerrar o assunto, apenas alguns aspectos teóricos serão abordados.

Em princípio, é necessário traçar uma definição do termo inglês freqüentemente utilizado na literatura: *coping* significa qualquer tipo de ação ou comportamento utilizados para se lidar com um perigo ou situações que ameacem a sobrevivência (Gimenes, 1997). Essa palavra não tem um correspondente na língua portuguesa; mas, utiliza-se a expressão *estratégias de enfrentamento*, apesar de não traduzir por completo o significado da palavra original (Cerqueira, 2000). Esse processo é descrito por Antoniazzi, Dell'Anglio & Bandeira (1998, p. 274) como: “(...) o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas.”

Há definições em que o enfrentamento é descrito como um conjunto de ações específicas para lidar com determinada ameaça:

“(...) um comportamento instrumental que demonstra a capacidade da pessoa para resolver problemas

decorrentes das exigências e dos objetivos de sua vida, envolvendo, portanto o uso de habilidades diversas, técnicas e conhecimentos que a pessoa vem adquirindo ao longo de sua vida” (Mechanic, 1976, citado por Gimenes, 1997, p.112).

Foi somente a partir da década de 60, com o trabalho de R. Lazarus, que passou-se a descrever o *coping* como “(...) *um processo transacional entre pessoa e ambiente, com ênfase no processo, tanto quanto em traços de personalidade.*” (Folkman & Lazarus, 1985, citado por Antoniazzi, Dell’Anglio & Bandeira, 1998, p. 275). Nesse caso, ressalta-se o processo de interação entre ambiente e indivíduo, com uma mútua influência, em que não há uma simples reação da vítima ao evento estressante, mas respostas recíprocas, que ocorrem dentro de um limite de tempo. Quando se fala em “lidar com” o problema, e não “dominar” ou “superar”, significa que o indivíduo promove comportamentos e eventos necessários para que possa viver de forma mais “confortável” e menos dolorosa. Nesse caso, frente a algumas situações, como a doença crônica ou a morte, não há o que dominar ou superar, pois esses eventos não têm uma solução definitiva (Gimenes, 1997).

Folkman & Lazarus (1985) preocuparam-se em distinguir o enfrentamento como um processo e não como uma estrutura, pelo fato de implicar mudanças. Se fosse concebido como estrutura, sua definição seria feita através de características estáveis, como traços de personalidade e fatores ambientais. Além do mais, definido como estrutura não permite informar como a pessoa realmente lida com o evento estressante. De outro lado, sua definição como processo assinala as mudanças que vão ocorrendo nas repostas emocionais e cognitivas, a medida em que a pessoa reinterpreta a situação estressante e formula novas formas de enfrentamento.

Dentre as características e funções do enfrentamento, Folkman & Lazarus (1984) afirmam que o funcionamento do *coping* independe do resultado; sendo importante não apenas para se resolver problemas. A função do *coping* varia de acordo com o contexto em questão: doença, realização de exame ou prova de seleção, crises políticas, catástrofes, entre outros. Pode, também, servir para lidar com eventos diários (acontecimentos estressantes que ocorrem freqüentemente) ou mesmo grandes acontecimentos que geram mudanças

significativas na vida das pessoas (morte de ente querido, separação conjugal, por exemplo). Inclusive, utiliza-se a classificação de eventos diários ou grandes acontecimentos para se avaliar o grau de adaptabilidade de um indivíduo. Segundo Sandler, Wolchik, MacKinnon, Ayres & Roosa (1997, citados por Williams & MacGillicuddy-de Lisi, 2000) é mais importante observar o ajustamento a eventos estressantes diários, que ocorrem com mais frequência, como um prognóstico mais assertivo de capacidade de ajustamento ao estresse, do que ater-se apenas aos grandes eventos da vida que ocorrem esporadicamente.

No caso de uma doença física, Shontz (1975, citado por Lazarus & Folkman, 1984) considera a existência de estágios pelos quais uma pessoa pode passar durante o processo de enfrentamento. Em princípio, ao se descobrir portador de uma doença, há uma reação de choque. Essa resposta deve-se ao ineditismo da situação, ao fato do evento acontecer sem se esperar e a necessidade de readaptação. Em uma segunda fase, denominada combate, ocorre o enfrentamento da situação em que a pessoa pode experimentar o sentimento de desamparo, pânico ou desorganização. No terceiro momento, chamado de retirada, pode ocorrer a negação da situação, quando o indivíduo prefere evitar o confronto com o problema. Apesar do sofrimento decorrente da situação de doença, todo o processo descrito acima é considerado importante para o crescimento psicológico, segundo esse autor.

Há duas demarcações básicas na literatura, das quais derivam as demais. Uma delas estuda o enfrentamento por meio de experimentos com animais, e a outra, por intermédio do foco da psicologia psicanalítica do *ego* (Lazarus & Folkman, 1984).

O modelo animal estuda o *enfrentamento* pelo controle das condições aversivas do ambiente, enfatizando a fuga e a esquiva do estímulo estressante. Esse modelo é ampliado para teorias sobre o enfrentamento humano, usando o conceito de fuga e esquiva do estímulo aversivo, que, nesse caso, deve ser entendido como o evento estressante.

O modelo psicanalítico do *ego* dá ênfase às características da personalidade do indivíduo que o fazem comportar-se de forma variada de acordo com o contexto. Nesse modelo, o *enfrentamento* pode ser comparado ou mesmo traduzido como um mecanismo de defesa do *ego*.

No entanto, considerar somente as características de personalidade no conceito de enfrentamento significa dizer que os fatores situacionais e ambientais não estão sendo abordados. Dentro do enfoque da personalidade, acredita-se que as pessoas são capazes de diversificar suas estratégias de enfrentamento, não por fatores ambientais, mas por características de sua própria personalidade. Definiu-se que os traços de personalidade mais relacionados às estratégias de enfrentamento seriam: *o otimismo, a rigidez, a auto-estima e o locus de controle*; conceitos esses encontrados nos trabalhos de Carver & Scheier, de 1994; Carver, Scheier & Weintraub de 1989; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, de 1991; Lopez & Little, de 1996 e Parkes, de 1984, citados por Antoniazzi, Dell'Anglio & Bandeira (1998).

Por outro lado, entre as características que definem o enfrentamento como processo, como descrito anteriormente, incluem-se: levar em consideração aquilo que o indivíduo interpreta das suas ações; descrição específica do contexto em que ocorre a troca entre o indivíduo e o ambiente; reconhecimento de que pensamentos e comportamentos podem ser modificados de acordo com o contexto e com a avaliação que se faz. Esse conceito ressalta a idéia de plasticidade, uma vez que remete à definição de um ser humano extremamente capaz de adaptar-se a situações diversas. Nem as pessoas, nem as situações são sempre as mesmas, por isso a história de vida é fator determinante da atitude em relação à doença crônica (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993, citado por Gimenes, 1997).

As funções do enfrentamento, sugeridas por Cohen & Lazarus (1979, citado por Gimenes, 1997) são: reduzir as condições ambientais que causam o dano e aumentar as possibilidades de recuperação; tolerar ou adaptar-se a eventos ou realidades negativas; manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade; manter o equilíbrio emocional e relacionamentos satisfatórios com as pessoas. Todos esses enfoques servem para elucidar o quanto as estratégias de enfrentamento têm o objetivo de manter o bem-estar da pessoa, buscando amenizar os efeitos de situações estressantes.

São as próprias situações de estresse que provocam a necessidade de estabelecer estratégias de enfrentamento, segundo Lazarus & Folkman (1984). Um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais é utilizado para

lidar com situações específicas, sejam externas ou internas. O estresse pode ser considerado como um estímulo para o que o indivíduo reúna esforços, na tentativa de adaptar-se à situação. O processo de enfrentamento, envolve várias etapas, desde a avaliação primária até o resultado final do enfrentamento, descritas a seguir.

Logo após o estímulo estressor, faz-se uma avaliação dos efeitos da situação para o bem-estar do indivíduo, chamada de avaliação primária. As perguntas que exemplificariam a avaliação: “Qual o significado deste evento?” “Ele afeta o meu bem-estar?”.

De acordo com essa avaliação primária, o evento poderá ser considerado como: inexpressivo, irrelevante ou sem importância; estressante ou significativamente ameaçador. Caso seja avaliado como estressante, esse evento pode ser visto como um prejuízo ou perda, como uma ameaça ou como um desafio.

Segue-se, então, uma avaliação secundária, na tentativa de se fazer um levantamento de quais estratégias podem ser utilizadas para se administrar a situação: “O que posso fazer?” “Quais os recursos dos quais disponho?”

Faz-se, assim, uma apreciação de quais são os recursos disponíveis para se lidar com a situação requerente.

Na última etapa, faz-se uma avaliação dos resultados em relação às reais mudanças do estresse inicial: “O estresse mudou?” “Estou me sentindo melhor?” (Antoniazzi, Dell’Anglio & Bandeira, 1998).

As estratégias de enfrentamento utilizadas podem estar focalizadas na emoção ou no problema. Quando o foco é a emoção, o indivíduo busca controlar as suas respostas emocionais ao estresse e diminuir a ansiedade, seja através de comportamentos ou avaliações cognitivas. Nesse tipo de foco, busca-se trabalhar a emoção suscitada pelo problema, numa tentativa de reorganizar o que se sente em relação ao fato e alcançar uma maior clareza quanto à interpretação da situação.

Segundo Lazarus & Folkman (1984), o enfrentamento focalizado na emoção pode se dar através dos seguintes comportamentos: evitação do estímulo, tentativa de minimizar o efeito do estresse, distanciamento do

problema, uso de atenção seletiva, entre outros. Assim, a realização de atividades como: assistir a programas de TV e praticar esportes, ambas no intuito de distrair-se, são exemplos de estratégias focalizadas na emoção. Esses comportamentos irão facilitar a reorganização emocional referida acima. Outros exemplos de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção são: tentar mudar o significado que uma situação estressante pode ter, ou fazer novas avaliações sobre as implicações do problema (Sarafino, 1994). Ao elaborar instrumentos que visavam fazer um levantamento dos tipos de estratégia de enfrentamento mais utilizadas, Folkman & Lazarus (1985) consideraram os seguintes itens, incluídos nas estratégias focalizadas na emoção: confronto da situação estressante; distanciamento; autocontrole; busca de suporte social; aceitação de responsabilidade; formulação de plano para solucionar o problema, reavaliação positiva e fuga-esquiva.

Quando as estratégias de enfrentamento estão focalizadas no problema, um conjunto de atitudes ocorre na tentativa de se resolver o problema de maneira objetiva. Esse tipo de estratégia somente é utilizada quando o indivíduo acredita que pode resolver a situação por meio de ações práticas (Lazarus & Folkman, 1984; Sarafino, 1994). Há, neste caso, o intuito de dirigir esforços para a solução do problema, que incluem soluções alternativas, a avaliação de soluções em termos de custos e benefícios, a escolha de soluções e a ação propriamente dita.

Pesquisas realizadas indicam que esses dois tipos de estratégias de enfrentamento geralmente são utilizadas em todo e qualquer tipo de situação estressante (Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne & Lazarus, 1980 e Folkman & Lazarus, 1985, citados por Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

É importante definir aqui diferenças de terminologia. As estratégias focalizadas no problema são semelhantes às estratégias para solução de problemas, no entanto, não significam a mesma coisa. A diferença primordial entre elas é que enquanto as estratégias para solução implicam um processo analítico voltado ao ambiente, as estratégias focalizadas no problema incluem também aquelas que são dirigidas para o interior do indivíduo ou do ego.

Segundo Kahn e colaboradores (1964, citado por Lazarus & Folkman, 1984), as estratégias voltadas para o ego são direcionadas para

produzir transformações motivacionais e cognitivas, gerando alterações nos níveis de aspiração e de envolvimento do ego. Desenvolve-se, assim, um novo repertório de comportamentos, ao encontrar outros meios de gratificação e aprender novas habilidades para lidar com problemas. Para Lazarus & Folkman (1984), esse tipo de estratégia pode ser chamado de reavaliação positiva.

Apesar das estratégias focalizadas no problema visarem, com maior ênfase, à solução da situação estressante, de forma direta e objetiva, podem também ter a função de reguladoras da emoção (Folkman & Lazarus, 1988; Lazarus & Folkman, 1984).

Há casos em que a melhor forma de se reduzir a ansiedade causada por algum estímulo estressante é pela solução do problema em si. Por outro lado, às vezes, um problema pode ser resolvido quando o indivíduo toma alguma medida redutora da ansiedade (como ingerir remédios para redução da ansiedade). Conseqüentemente, irá instrumentalizar e facilitar a ação condutora da solução do problema. Neste caso, é a redução da ansiedade que facilitará a resolução do problema.

Pesquisadores (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991, citados por Antoniazzi, Dell'Anglio & Bandeira, 1998) sugerem que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema são adquiridas desde o início da infância, aproximadamente, dos oito aos dez anos de idade, enquanto que as estratégias focalizadas na emoção tendem a surgir mais tarde, ainda na infância, mas desenvolvendo-se mais na adolescência. Isso é explicado pelo fato das crianças não terem muita consciência de seus estados emocionais, enquanto que os adolescentes são mais capazes de se auto-avaliarem emocionalmente e de formular estratégias de ações, auxiliando na solução de problemas.

Levando em consideração que as estratégias de enfrentamento tanto influenciam como sofrem influência das emoções, é possível afirmar que, ao lidar com uma situação estressante, a pessoa também estará lidando com suas emoções, seja de maneira positiva ou negativa. O início do processo ocorre quando, depois do evento estressante, o indivíduo avalia a situação dentro dos seguintes parâmetros: prejudicial, benéfica, ameaçadora ou desafiadora. Assim, a avaliação gerará uma emoção ou sentimento, que influenciará a atuação da pessoa, ao enfrentar a situação. Posteriormente, poderá ocorrer uma reavaliação

das emoções e, então, uma mudança na relação entre a pessoa e o ambiente, o que implicará, por sua vez, na modificação da qualidade e da intensidade da emoção (Folkman & Lazarus, 1988).

Para lidar com uma situação, deve-se, após realizar uma avaliação secundária (“O que posso fazer?”), rever os recursos disponíveis para enfrentar a situação. Antonovsky (1979, citado por Lazarus & Folkman, 1984) utiliza a expressão “recursos de resistência generalizados” para denominar os recursos disponíveis para o enfrentamento do estresse. Esses recursos podem ser físicos, bioquímicos, cognitivos, emocionais, interpessoais e macrosociais.

No entanto, Lazarus & Folkman (1984) divergem do autor citado anteriormente sobre sua classificação de recursos de enfrentamento. A diferença está no fato de que, enquanto Antonovsky considera os recursos como amortecedores do impacto do evento estressante, Lazarus & Folkman concebem os recursos como fatores que contribuem para o enfrentamento. Os recursos seriam meios que a pessoa utiliza para administrar determinada demanda e não meros escudos.

Existem vários recursos que podem estar disponíveis para um indivíduo enfrentar as situações de estresse. Lazarus & Folkman (1984) citam os seguintes: saúde e energia; crenças positivas; habilidade para resolução de problemas; habilidade social; busca de suporte social e recursos materiais.

Em uma investigação, Folkman & Lazarus (1988) puderam observar que as estratégias que buscam a solução do problema, e não o questionamento e a demonstração de ira e raiva, foram associadas à melhora do estado emocional, com uma queda das emoções negativas e um aumento das positivas. Por outro lado, aquelas estratégias que confrontavam a situação (pela demonstração de raiva e ira), ao invés de buscar soluções, foram associadas à piora do estado emocional das pessoas. O fato de um tipo de estratégia estar ligado a uma boa ou má adaptação da emoção deve ser visto dentro do contexto em que se dá o evento, bem como das características da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Portanto, segundo Folkman & Lazarus (1988), as estratégias de enfrentamento são mediadoras da emoção, uma vez que a partir delas a pessoa pode ter suas emoções reorganizadas.

Existem mudanças significativas das estratégias de enfrentamento à medida em que o indivíduo se desenvolve. Nesse sentido, adolescentes, crianças e adultos diferenciam-se em suas maneiras de administrar seus problemas. O fato de estar no início, no meio ou no fim da adolescência também diversifica as estratégias de enfrentamento. Williams & MacGillicuddy-De Lisi (2000) perceberam que os adolescentes mais velhos têm repertório maior de habilidades cognitivas que reduzem consideravelmente o nível de estresse por eles experimentados. Ao longo de toda a adolescência, há aumento considerável do uso de estratégias focalizadas no problema e decréscimo no uso de estratégias focalizadas na emoção. Assim, adolescentes mais velhos geralmente enfrentam o estresse por meio de estratégias focalizadas no problema, procurando lidar com as próprias dificuldades de uma forma mais assertiva. Também o suporte social, a reavaliação positiva dos fatos e o autocontrole foram descritos como menos usados por adolescentes mais jovens. Estes estão mais vulneráveis aos efeitos do estresse por terem menor capacidade de reavaliar o problema e de buscar suporte social. Justifica-se que as dificuldades do adolescente mais jovem em lidar com seus problemas se deve ao fato de encontrar-se em pleno período de mudanças mais expressivas (Seiffe-Krenke, 1993, citado por Williams & MacGillicuddy-De Lisi, 2000).

1.5.3. Doença crônica na adolescência

Assim como existem doenças denominadas “agudas”, que são distinguidas pelo seu caráter episódico, também há aquelas em que a convivência com a enfermidade se torna algo constante e permanente, ocupando “ (...) *lugar definitivo na vida dos indivíduos que são seus portadores*” (Bicudo, 1997, p. 27). Portanto, a definição de doença crônica já está explícita no nome, uma vez que crônico, refere-se a algo que é persistente, que dura muito tempo (Ferreira, 1994).

Ao analisar a literatura, é possível verificar algumas definições de doença crônica. Para Boice (1998), doença crônica relaciona-se àquelas desordens orgânicas que acometem o indivíduo por um período de tempo substancial e que pode deixar seqüelas que comprometedoras do bem-estar do indivíduo por um longo período. Trentini e Silva (1992) apresentam a definição

proposta pela *National Commission on Chronic Illness*, em 1956, que considera a doença crônica da seguinte forma:

“Todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação e talvez requeiram um longo período de supervisão, observação e cuidado” (Strauss & Glaser, 1985, citado por Trentini & Silva, 1992, p. 78).

Hymovich & Hagopian (1992, citado por Trentini & Silva, 1992) definem doença crônica como uma desordem na saúde, de longa duração, que interfere no funcionamento dos sistemas—familiar, individual, comunitário ou social. Para esses autores, a enfermidade não estaria afetando apenas o paciente, mas o conjunto de interrelações que se formam em torno do enfermo. Trentini & Silva (1992, p.78) propõem uma definição semelhante, considerando a doença crônica como um evento estressante, cujo impacto é imprevisível e duradouro, e proporciona mudanças no “(...) processo de ser saudável dos indivíduos e dos grupos”.

A quantidade de hospitalizações a que o doente é submetido também pode ser um indicador importante para se demarcar a presença de uma doença crônica. Para Pless & Pinkerton (1975, citados por Boice, 1998), a doença crônica, além de interferir na vida diária por mais de três meses em um ano, pode requerer hospitalizações por mais de um mês, em um ano. São exemplos de doença crônica: a AIDS e outras enfermidades sexualmente transmissíveis, o diabetes, o *lúpus*, a fibrose cística, a anorexia nervosa, a espinha bífida, as doenças cardiovasculares, entre outras (Boice, 1998).

As definições citadas anteriormente privilegiam a questão do tempo; portanto, a pessoa que se tornar portadora de doença crônica terá que conviver com a enfermidade, provavelmente, pelo resto de sua vida. Essa é uma condição que traz dificuldades tanto para o afetado como para os seus familiares, pois o cuidado e as tarefas necessárias não deverão ser esquecidos, dado que consequências desagradáveis podem ocorrer.

As conseqüências de uma doença crônica são variáveis, sendo algumas mais incapacitantes do que outras, exigindo, portanto, maiores cuidados e atenção quanto ao tratamento. Essa variação irá depender de fatores, como: a idade do paciente na época em que se iniciou a doença e quando foi feito o diagnóstico; a intensidade do prejuízo no funcionamento orgânico; o prognóstico da doença; o tipo de demanda de tratamento e dieta; a existência ou não de dor e a natureza cíclica ou constante dos sintomas (Kliwer, 1997).

Há indicações de que, nos Estados Unidos da América, 10% dos todos os adolescentes sofram de alguma doença crônica (Blum, 1992; Krementz, 1989 e Millstein & Litt, 1990, citados por Boice, 1998).

Desse modo, doença crônica na adolescência é uma condição que pode ser estressante, tanto para os jovens como para os seus pais.

1.5.4. Diabetes Mellitus e adolescência

Já no ano 1500 a. C., os egípcios denominavam *Diabetes* um estado de sede excessiva e de urina abundante que acometia alguns cidadãos. *Diabetes* é uma palavra latina que significa *sifão*. Este estado recebeu este nome devido à urina abundante que parecia passar por um sifão (Gross & Longo, 1997). Assim que começou a ser estudada, no início da Era Cristã, os gregos utilizaram a palavra diabetes para designar um estado fisiológico de sede excessiva, em que a quantidade de água ingerida era rapidamente absorvida pelo organismo.

Apesar de ser conhecida desde a antigüidade, há dificuldades para se estabelecer critérios adequados para a classificação do diabetes, pelo fato de que não se descobriu, ainda, quais são os mecanismos etiopatogênicos envolvidos na doença (Anjos, 1976 e Lerário, 1997).

Hoje, sabe-se que diabetes é uma condição crônica de saúde, caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e pela produção deficiente de insulina pelo pâncreas. Como afirma Bicudo (1997, p.15), o aparecimento dessa enfermidade “(...) *está associado à diminuição ou alteração de um hormônio protéico (insulina) produzido pelo pâncreas, que tem como função principal a manutenção dos níveis normais de glicose no sangue.*”

Apesar de não serem conhecidas as verdadeiras causas dessa enfermidade, há hipóteses de que condições de estresse podem conduzir a

sintomas de diabetes, principalmente no Tipo 1. O estresse pode também ser um agente causador do descontrole glicêmico (Surwit, Scheneider & Feinglos, 1992).

Anjos (1976) arrisca atribuir aos traumas psíquicos umas das causas do diabetes, os quais, nos indivíduos predispostos, poderiam ser considerados disruptores do diabetes, seja adulto ou juvenil.

Há várias modalidades de diabetes: Tipo 1, Tipo 2, tipos específicos e diabetes gestacional, segundo nova classificação sugerida pelo Comitê de Especialistas em Diabetes, patrocinado pela Associação Americana de Diabetes (ADA), em conjunto com o *National Institutes of Health* (NIH), citados por Lerário, (1997), como mostra o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 – Classificação do diabetes

I. Diabetes tipo 1
II. Diabetes tipo 2
III. Outros tipos específicos
A. Defeitos genéticos da célula β
B. Defeitos genéticos da ação da insulina
C. Doenças do pâncreas exócrino
D. Endocrinopatias
E. Induzido por drogas ou substâncias químicas
F. Infecções
G. Formas incomuns de diabetes imuno mediado
H. Outras síndromes genéticas associadas ao diabetes
IV. Diabetes Gestacional

Fonte: ADA/NIH97 (citado por Lerário, 1997, p. 66)

Há indícios de que uma maior prevalência da doença seja observada entre americanos de origem africana e espanhola e entre indivíduos adultos e/ou idosos (Sarafino, 1994).

Como trata-se aqui do *Diabetes* Tipo 1, será apresentada a definição do Tipo 2 apenas para efeito de comparação.

1.5.5. Diabetes Mellitus Tipo 2

O Diabetes Tipo 2 (antigamente classificada por NIDDM - *Diabetes Mellitus não insulino-dependente*) é “(...) definido para indivíduos que apresentam uma resistência à insulina que usualmente têm uma deficiência parcial da secreção de insulina (...)” (Lerário, 1997, p.65). Esse tipo da doença geralmente acomete pessoas com mais de 40 anos de idade e surge devido aos maus hábitos alimentares e à obesidade. No geral, a doença não apresenta sintomas e

sua evolução é insidiosa (Bicudo, 1997). O tratamento geralmente consiste em dieta e ingestão de antidiabéticos orais (Sociedade Brasileira de Diabetes - S.B.D., 1997). O *Diabetes Mellitus* Tipo 2 corresponde a 90 % dos casos.

1.5.6. *Diabetes Mellitus* Tipo 1

O *Diabetes Mellitus* Tipo 1 (classificado anteriormente por IDDM - *Diabetes Mellitus insulino dependente*) desenvolve-se, com maior frequência, entre crianças e adolescentes. É conhecido como insulino-dependente, pois, devido à produção ineficiente de hormônio, torna-se necessária a injeção de insulina. Sem esta, pode ocorrer o fenômeno da cetoacidose, que causa um aumento de gordura no sangue e o conseqüente mau funcionamento dos rins. Os sintomas desse distúrbio freqüentemente se iniciam com náusea aguda, vômitos, dor abdominal e mal funcionamento dos pulmões. Caso não seja tratada, a cetoacidose pode conduzir ao coma e, em questão de dias ou semanas, pode levar à morte (Sarafino, 1994; Bicudo, 1997 e Thompson & Gustafson, 1995).

Comentário: Procurar dados do Ministério da Saúde.

O *Diabetes Mellitus* Tipo 1 pode ser tecnicamente definido da seguinte maneira: “(...) *um processo patológico em particular, caracterizado pela destruição imunológica das células beta de indivíduos geneticamente suscetíveis*” (SBD, 1997, p. 9).

A etiologia do *Diabetes Mellitus* Tipo 1 ainda não foi totalmente elucidada, mas acredita-se que haja uma conjugação de fatores.

“(...) admite-se uma etiologia multifatorial, com a participação sinérgica de inúmeros fatores possíveis, como predisposição genética, autoimunidade, e ação citotóxica de vírus ou toxinas” (Pupo, 1989, citado por Chipkevitch, 1994).

Até há pouco tempo, haviam três teorias que discutiam as causas do diabetes: genética, ambiental e imunológica, segundo Halpern & Mancini (1993).

Os teóricos da teoria genética argumentavam que o diabetes ocorre com mais frequência entre irmãos e pais de diabéticos, em relação à população em geral. No entanto, a causa genética é mais atribuída ao *Diabetes* Tipo 2 do que ao Tipo 1.

Na teoria ambiental, considerava-se que fatores do meio ambiente como infecções virais ou intoxicações, até mesmo alimentares, seriam possíveis agentes causadores do diabetes.

A teoria imunológica fundamentava-se através do argumento de que as células pancreáticas iniciariam, por si só, um processo auto-imune, que destruiria as células β do pâncreas, levando assim à deficiência da produção de insulina e, conseqüentemente, ao diabetes. Nas palavras de Halpern & Mancini (1993):

“(...) os eventos seriam: agressão, determinando um quadro de insulinite; nos indivíduos predispostos (genética e imunologicamente) desencadear-se-ia um quadro de auto-agressão e destruição das células das ilhotas, levando à ulterior perda total da capacidade de produzir insulina” (p.420).

Em sua nova classificação, o *Diabetes Mellitus* Tipo 1 pode ser caracterizado de duas maneiras: a imuno-mediada e a idiopática. A imuno-mediada é resultante da destruição das células β pancreáticas e a idiopática, é uma forma de Diabetes cuja etiopatologia permanece desconhecida (Lerário, 1997). O *Diabetes* imuno-mediado corresponde a fatores genéticos, enquanto a forma idiopática é associada a fatores ambientais desencadeantes.

O diagnóstico do Diabetes insulino-dependente geralmente ocorre em crianças entre as idades de 5 e 6 anos e entre 11 e 13 anos (Johnson, 1988, citado por Thompson & Gustafson, 1995). Os sintomas que levam ao diagnóstico da doença são: fadiga, cansaço; sede e fome intensas; micção freqüente; perda de peso, apesar da excessiva fome. Geralmente, os jovens e crianças acometidos pela doença são magros (S.B.D., 1997).

O diabetes insulino-dependente tem o seu curso gradual e, apesar dos sintomas, é uma enfermidade não-incapacitante, que permite uma vida normal, através do controle diário da alimentação e de exercícios físicos. A descoberta da insulina, em 1922, foi importante para se poder prolongar a sobrevivência do portador de *Diabetes Mellitus* Tipo 1, vindo a favorecer muitas pessoas que inicialmente tinham uma sobrevida menor do que dois anos (Johnson, 1995). Segundo estimativas, 2 a 3 % das crianças com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 morrem nos primeiros dez anos depois do diagnóstico, e 12 a 13% morrem 20 anos depois do diagnóstico devido a complicações, como

excesso de episódios de hipo ou hiperglicemia (Dorman & LaPorte, 1985, citados por Johnson, 1995).

É necessário aprender a monitorar constantemente os níveis de glicose do sangue e a balancear a demanda energética, cuidados esses que deverão ser estendidos para o resto da vida (Thompson & Gustafson, 1995).

As complicações do diabetes podem ser agudas ou crônicas. Agudas são aquelas complicações que possuem efeito e durabilidade imediata, podem ser: hipoglicemia, cetoacidose diabética e acidose láctica. As complicações crônicas podem ser melhor visualizadas no Quadro 2, onde estão apresentadas de forma resumida.

Quadro 2 - Complicações do Diabetes

Complicações crônicas do <i>diabetes mellitus</i>	
1. Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> . Cardiopatia . Infarto do miocárdio . Gangrena das extremidades, entre outros.
2. Rins	<ul style="list-style-type: none"> . Infecção, entre outros.
3. Olhos	<ul style="list-style-type: none"> . Retinopatia diabética, entre outros.
4. Sistema Nervoso	<ul style="list-style-type: none"> . Neuropatia periférica Perda sensorial, distal simétrica . Neuropatia motora Queda do pé, queda do punho . Neuropatia autonômica Hipotensão postural Taquicardia em repouso Diminuição da sudorese Diarréia diabética . Atonia da bexiga . Impotência sexual, entre outros.
5. Pele	<ul style="list-style-type: none"> . Dermatologia diabética . Úlceras no pé e na perna . Candidíase, entre outros.
6. Infecções pouco freqüentes	<ul style="list-style-type: none"> . Otite externa maligna . Meningite por <i>Mucor racemosus</i>, entre outros.
7. Ossos e articulações	<ul style="list-style-type: none"> . Artropatia, entre outros.

Fonte: Greenspan & Forsham adaptado por Bricarello & Bricarello, 1999.

No adolescente, o *Diabetes Mellitus* é motivo maior de preocupação, uma vez que o desenvolvimento físico pode ficar comprometido com a existência da doença (Chipkevitch, 1994 e Bricarello & Bricarello, 1999)

Segundo Anjos (1977), na criança, o diabetes tem uma evolução com cinco fases: início agudo, período de remissão, intensificação, desenvolvimento e, por fim, o diabetes permanente. Essas fases podem ser mais extensas de acordo com o momento em se que recebe o diagnóstico e também frente às mudanças do estilo de vida do paciente. Sabe-se que muitas pessoas possuem os sintomas, mas descobrem a doença somente quando o comprometimento já é intenso. Tudo isso pode ocorrer por falta de informação, dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde ou pela cultura da medicina curativa e não preventiva existente.

Como afirma a Sociedade Brasileira de Diabetes (1997), a educação é uma das partes fundamentais no tratamento do diabetes. É necessário motivar o indivíduo a *“(...) adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para as mudanças de hábitos, com o objetivo geral do bom controle metabólico e melhor qualidade de vida”* (p.28).

A adesão ao tratamento tem sido uma questão relevante, principalmente entre adolescentes, que têm dificuldade de seguir as restritivas prescrições médicas. Nessa faixa etária, a doença tem um impacto muito grande pelo fato de que o curso “normal” de desenvolvimento pode ser alterado. Segundo Halpern & Mancini (1993), estudos indicam que o mau controle do diabetes pode conduzir a um quadro de atraso no crescimento, decorrente dos episódios de internação por cetoacidose, gerando também infelicidade, tristeza e desânimo. No entanto, se o diabetes estiver sendo bem controlado, há indicações de que não ocorrem interferências significativas no curso do crescimento e da maturação sexual (Chipkevitch, 1994 e Nakamura & Kanematsu, 1994).

Devido a uma redução na auto-estima (afetada pela presença da doença), o adolescente pode sofrer dificuldades escolares e sociais (Thompson & Gustafson, 1995), uma vez que, como afirma Sarriera (1993, citado por Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996), a auto-estima é uma das variáveis mais relevantes, quando se trata de identidade pessoal, e um fator de bem-estar psicológico.

Recomenda-se que haja apoio psicossocial, uma vez que tanto a família como a criança ou adolescente tornam-se suscetíveis à angústia e à ansiedade, devido à necessidade de mudanças de hábitos. São aconselháveis trabalhos grupais ou individuais, que envolvam adolescentes e pais (é indispensável que tanto o pai como a mãe sejam participantes), como forma de educar e prevenir as complicações futuras, além de se fornecer apoio emocional. Também o *Grupo de Estudio Latino Americano sobre Diabetes en el Niño y el Adolescente* (GELADNA), ao estabelecer os direitos dos pacientes portadores de Diabetes Tipo 1, consideram indispensável a assistência psicossocial ao paciente e à família (Asociación Latinoamericana de Diabetes, 1999).

Pesquisas demonstram que as crianças, em geral, apresentam menor dificuldade em aceitar a doença quando comparados aos adolescentes. Enquanto as crianças recebem cuidados dos pais ou responsáveis, os adolescentes são convocados a se auto-responsabilizarem pela saúde. Além da imaturidade psicossocial do início da adolescência ser um dos principais causadores da baixa adesão ao tratamento, também as mudanças hormonais que ocorrem nesse período podem fazer com que a incumbência do controle da taxa de glicose no sangue seja ainda mais dificultada (Sarafino, 1994).

Jovens com elevados níveis de auto-estima, que se sentem competentes socialmente e que possuem o suporte da família e dos pais, são mais propensos a aderir ao tratamento (Hanson Henggeler, & Burghen, 1987 e Jacobson e colaboradores, 1987, citados por Sarafino, 1994). No entanto, adolescentes que sentem insegurança a respeito de si mesmos apresentam maior possibilidade de não cumprir as tarefas do tratamento, pois podem sentir a necessidade de evitar o sentimento de serem diferentes de seus companheiros. Na intenção de provar que são iguais aos companheiros, que não precisam fazer uso de medicações, acabam abandonando o tratamento e provocando conseqüências indesejáveis em seu quadro de saúde.

A fim de testar a sua independência e mostrar-se responsável por si mesmo, o jovem pode deixar de usar a medicação a fim de verificar o quanto realmente é dependente da insulina. Da mesma maneira desafiadora, alguns adolescentes passam a tirar proveito da situação de serem diabéticos e tentam,

de alguma forma, manipular a pessoas e as situações, com o objetivo de obter mais atenção para si (Spack, 1991, citado por Chipkevitch, 1994).

Crianças que estão na fase inicial de descoberta e recebimento do diagnóstico do diabetes tendem a apresentar mais dificuldades relacionadas à doença e problemas psicológicos (Kovacs e colaboradores, 1985, citados por Nakamura & Kanematsu, 1994). Isso se dá em decorrência das modificações exigidas pela doença, como também pelo fato do indivíduo estar atravessando uma fase da vida em que os comportamentos de rebeldia e inconformismo podem ser mais freqüentes. No entanto, com o tempo, a doença passa a não ser mais um fator de incômodo ou de impedimento, apesar de ainda haver relatos de dificuldades em relação à escola e ao trabalho, segundo O. Oliveira (1999). Esta autora estudou um esquema educativo em diabetes para 18 adolescentes de 11 a 19 anos de idade, verificando a importância da educação para o bom controle de glicemia e adesão ao tratamento. Concluiu que a convivência com o diabetes pode ser tranqüila a ponto de não atrapalhar a vida desses jovens. Um fator comum encontrado foi o fato dos adolescentes apontarem o incômodo causado pela preocupação excessiva dos pais, apesar de que, em alguns momentos, esses adolescentes tiram proveito da situação de doentes crônicos.

O estresse pode afetar o diabetes de duas maneiras distintas: o aumento de hormônios produzidos durante um evento estressante pode afetar fisiologicamente o organismo, levando-o a produzir níveis mais altos de insulina e dificultando a metabolização da mesma, ou fazer com que o paciente, influenciado pelo seu estado, não siga a dieta necessária para a manutenção dos níveis de glicose do sangue (Hanson, Henggeler & Burghen, 1987).

É reconhecida a importância dos fatores psicológicos para o controle metabólico do diabetes (Chipkevitch, 1994). Cada vez mais se admite que fatores emocionais, afetivos, psicossociais, a dinâmica familiar e até mesmo a relação médico-paciente influenciam para o bom controle do diabetes. O estresse pode dificultar o controle dos níveis de glicose do sangue e até mesmo levar a um quadro de hiperglicemia, devido aos hormônios produzidos durante o estresse (Johnson, 1995). No entanto, o estresse pode ter efeito positivo quando permite ao paciente vislumbrar a importância da adesão ao tratamento. Nesse sentido, quando o paciente se encontra sob a pressão de estresse, pode sentir-se mais

propenso a praticar exercícios e a realizar dieta alimentar, entre outros comportamentos.

Há autores que indicam o estresse psicológico como um fator que pode ser associado ao início do *Diabetes Mellitus* Tipo1 (Willis, 1974; Lee, Conger, 1951 e Stein, 1975, citados por Thernlund, Dahlquist, Hansson, Ivarsson, Ludvigsson, Sjöblad & Hägglöf, 1995). Em pesquisa recente, Thernlund e colaboradores (1995) propuseram-se a verificar a possibilidade do estresse psicológico, em diferentes períodos de vida, ser fator de risco para a etiologia do *Diabetes Mellitus* Tipo 1. Estudando um grupo de 67 crianças de 0 a 14 de idade, com diabetes e um grupo controle com 61 crianças, pesquisaram os eventos de vida ocorridos com as crianças antes do surgimento da doença. Foram recordados eventos como o comportamento da criança antes do início do diabetes, o suporte social oferecido a elas e o funcionamento familiar pré-estabelecido. Verificou-se que os eventos negativos ocorridos nos primeiros dois anos de vida, as ocorrências que causaram dificuldades de adaptação, o comportamento infantil desviante ou problemático e o funcionamento familiar caótico foram ocorrências comuns dentro do grupo – no caso, podendo ser considerados possíveis fatores de risco na aquisição do *Diabetes Mellitus* Tipo 1. Acredita-se que o estresse psicológico pode afetar imunologicamente a destruição das células β 's do pâncreas. Chegou-se a essa conclusão por meio de estudos realizados com animais (Bottazzo, Pujol-Borrel, Gale, 1985 e Carter, Herman, Stokes, Cox, 1987, citados por Thernlund e colaboradores, 1995).

No Brasil, estima-se que 5 milhões de indivíduos sejam diabéticos, sendo que metade deles desconhece o diagnóstico. A incidência do *Diabetes Mellitus* Tipo 1, na infância e na adolescência, é da ordem de 1 ou 2 para cada 1000 jovens (Chipkevitch, 1994). Nos Estados Unidos da América, esta desordem orgânica está entre as mais incidentes em crianças e adolescentes de 0 a 20 anos de idade, com prevalência de 1,8 para cada 1.000 jovens (Kliwer, 1997).

Atualmente, o diabetes é um dos mais importantes problemas de saúde, em termos de pessoas afetadas, de incapacitação produzida, de mortalidade e de custos do tratamento (Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Diabetes e Programa Harvard/Joslin/SBD, 1996 e SBD, 1997). O diabetes é a

quarta causa de morte no Brasil, além de ser a segunda doença crônica mais comum na infância e adolescência (Chipkevitch, 1994 e S.B.D., 1997). Observa-se ainda, que “(...) apesar da limitações dos dados obtidos dos atestados de óbito, (...) o diabetes representa uma importante causa de morte, traduzindo um problema de saúde de grande magnitude” (O. Oliveira, 1999, p. 17).

Esses dados indicam a importância de serem elaboradas políticas de saúde pública preocupadas em frear o aumento do número de casos de diabetes entre crianças e adolescentes.

Diante do exposto sobre o fenômeno da adolescência e suas implicações com a doença crônica, viu-se que, em nossa sociedade, a adolescência é um período associado a um provável desconforto. As mudanças e transformações vividas, especialmente quando se tem uma doença crônica, podem ser um transtorno, inclusive para toda família. Como foi indicado na literatura, o *Diabetes Mellitus* Tipo 1 pode trazer vários transtornos à vida do adolescente e de seus pais, dadas as prováveis dificuldades de adesão ao tratamento e de convivência com a doença. Entretanto, pouco se sabe sobre as reais implicações que o *Diabetes Mellitus* Tipo 1 tem sobre o cotidiano dos jovens.

Os dados e análises obtidos a partir da pesquisa aqui relatada, além de contribuir para o conhecimento sobre o tema do diabetes na adolescência, poderão auxiliar profissionais e familiares, que lidam com jovens portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1, a entender como ocorrem os ajustamentos e as adaptações. Seria possível, assim, elaborar práticas mais assertivas, para melhor auxiliar o jovem a assumir sua responsabilidade no processo de saúde-doença.

Comentário: Decidir se isto deve permanecer aqui.

1.6. Objetivos

O objetivo geral da presente pesquisa foi descrever e analisar o cotidiano de adolescentes com diabetes, atendidos por programas de saúde pública de Vitória/ES, identificando como relatam enfrentar essa situação de doença crônica, em comparação com o cotidiano de adolescentes sem diabetes.

Mais especificamente, pretendeu-se:

a) Identificar e descrever as atividades cotidianas mais freqüentemente realizadas por adolescentes com e sem *Diabetes Mellitus* Tipo 1, fazendo uma análise descritiva e comparativa;

b) verificar possíveis diferenças de sexo e idade, nos relatos de adolescentes sem *Diabetes Mellitus*, em relação às suas atividades cotidianas;


c) verificar possíveis diferenças nas atividades cotidianas relatadas por adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, em função do tempo de diagnóstico, do sexo e da idade; e

Comentário: Não sei se isto é contemplado nos resultados!

d) identificar e descrever as estratégias de enfrentamento do diabetes relatadas pelos adolescentes estudados.

2. MÉTODO

2.1. Sujeitos e locais de coleta de dados

A pesquisa foi realizada com 239 adolescentes. Desse total, 15 deles eram portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1, equivalendo a 7,  de adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 diagnosticados por ano, na Grande Vitória⁴, ES, conforme estimativa da SEMUS (Secretaria de Saúde Municipal do Município de Saúde de Vitória, 2001). Esses adolescentes com diabetes freqüentavam o Programa de Assistência aos Portadores de *Diabetes Mellitus* da Unidade de Saúde de Jardim Camburi e o Serviço Ambulatorial de Endocrinologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hospital das Clínicas), ambos na cidade de Vitória/ES. Os 224 adolescentes não portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 eram estudantes de escolas de Ensino Fundamental e Médio, localizados em Vitória e Cariacica, ES.

Os 15 (quinze) adolescentes portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 que participaram da pesquisa eram de ambos os sexos e tinham idades entre 12 e 20 anos (vide distribuição na Tabela 1).

⁴ Grande Vitória: inclui os municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Viana e Serra.

Tabela 1 – Idade e sexo dos adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 participantes da pesquisa.

IDADE	SEXO		TOTAL
	Feminino	Masculino	
12 a 14 anos	3	1	4
15 a 17 anos	2	2	4
18 a 20 anos	4	3	7
TOTAL	9	6	15

A maior parte desses adolescentes (11) estudava e apenas três exerciam atividade profissional. A escolaridade mais freqüente entre os portadores de diabetes foi o Ensino Médio incompleto (6). Apenas uma adolescente era casada, mas sem filhos.

Esses adolescentes, em sua maioria, moravam com os pais (8), convivendo com mais de quatro pessoas em casa (9), possuíam irmãos (14) e não dispunham de empregada em casa. A maioria dos pacientes mantinha algum tipo de credo ou religião (13), freqüentando templos religiosos pelo menos uma vez por semana. A maior parte dos adolescentes (7) que trabalhavam era do sexo feminino (vide Tabela 2). Esses adolescentes haviam recebido diagnóstico há mais de quatro anos e eram atendidos pela instituição também há mais de quatro anos (vide Tabela 3).

Tabela 2 - Sexo e situação de emprego de adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 participantes da pesquisa.

SEXO	TRABALHA		TOTAL
	Sim	Não	
Feminino	7	2	9
Masculino	4	2	6
TOTAL	11	4	15

Tabela 3 - Tempo de atendimento dos adolescentes, pela instituição de saúde e tempo de diagnóstico do *Diabetes Mellitus* Tipo 1.

Tempo de diagnóstico	Tempo de Atendimento p/ Instituição				TOTAL
	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos ou mais	
1 ano	2	0	0	0	2
2 anos	1	2	0	0	3
3 anos	0	0	1	0	1
4 anos ou mais	1	0	2	6	9
TOTAL	4	2	3	6	15

Locais de coleta de dados

O Programa de Assistência aos Portadores de *Diabetes Mellitus* foi implementado em 1992, cinco meses após a inauguração da Unidade de Saúde de Jardim Camburi, por iniciativa de enfermeiros e médicos vinculados à Universidade Federal do Espírito Santo, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

Esta unidade de saúde possui serviços com especialidades variadas, como coleta de exames, nebulização, curativos, imunização, entre outros. O quadro de profissionais inclui: odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos com especialidades em ginecologia e obstetrícia, pediatria, adolescência, clínica geral e homeopatia. Oferece atendimentos gerais à população, por meio de Programas de Assistência ao Idoso, à Criança e ao Adolescente, à Saúde Escolar, à Mulher e Assistência a Pessoas Portadoras de Hipertensão e Diabetes. Este último programa tem por objetivo reduzir a quantidade de pessoas que não entendem/percebem a sua condição crônica de saúde, prevenir as complicações da doença, reduzir a ocupação de leitos hospitalares, e a morbimortalidade, conhecer o percentual de portadores da doença na população local e facilitar o entendimento da *Diabetes Mellitus* por parte dos moradores da região em que se situa a Unidade.

São realizadas reuniões mensais, além das consultas habituais, com a participação de profissionais envolvidos e pacientes adolescentes. Sob a coordenação de psicólogas e assistentes sociais, o grupo discute assuntos referentes a questões voltadas ao adolescente, como adolescência e sexualidade.

No mês de maio de 2000, estavam sendo atendidos 14 pacientes adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, a maioria do sexo feminino (nove meninas e cinco meninos). A clientela era composta por moradores de bairros da periferia da Grande Vitória, sendo a maioria residente no município da Serra. Esses pacientes faziam parte, em sua maioria, da população de baixa renda.

O Serviço Ambulatorial de Endocrinologia do Hospital Universitário “Cassiano Antônio Moraes”, por sua vez, teve o Programa de Assistência aos Portadores de Diabetes, Obesidade, Problemas de Crescimento e Tireóide inaugurado em meados da década de 1980, oferecendo o atendimento médico e de enfermagem, setor de curativos e distribuição de insulina. Atualmente, fazem parte de equipe quatro médicos, vários residentes e estudantes do curso de Medicina, uma enfermeira e uma estagiária de enfermagem, uma equipe de voluntários de Psicologia e pessoal de apoio. Os principais objetivos do programa são: prestar atendimento médico-ambulatorial, distribuir medicamentos, educar a população quanto aos riscos do Diabetes e realizar pesquisas.

Comentário: NÃO
ESQUECER!

Os pacientes portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 e 2 têm a oportunidade de participar de palestras informativas, que ocorrem uma vez por semana, antes de receberem atendimento médico-ambulatorial. Atualmente, há cerca de mil pacientes portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 e 2, sendo que 612 deles utilizam a insulina como principal medicação. A maioria dos pacientes é portador do *Diabetes Mellitus* Tipo 2 e possui baixo poder aquisitivo. Participaram da pesquisa apenas 7 pacientes adolescentes desse serviço devido à dificuldade de encontrá-los, seja em seus endereços ou no próprio ambulatório em que recebiam atendimento.



Os adolescentes sem *Diabetes Mellitus*

Participaram da pesquisa 224 estudantes sem *Diabetes Mellitus*, com a mesma variação de idade dos adolescentes portadores de Diabetes (12 a

20 anos); de ambos os sexos: 122 do sexo feminino e 102 do sexo masculino, correspondendo a 54,5% e 45,5%, respectivamente (vide Tabela 4).

A maior parte desses alunos (37,0% de 224) cursava a 7ª série do Ensino Fundamental e estava na faixa etária de 12 a 14 anos de idade (56%), (vide Tabela 5). Apenas uma dessas adolescentes afirmou ter filho e 12,2% exerciam alguma atividade profissional.

Tabela 4 – Sexo e Idade dos adolescentes sem diabetes, participantes da pesquisa.

IDADE	SEXO		TOTAL
	Feminino	Masculino	
12 a 14 anos	60 (26,8%)	47 (20,9%)	107 (47,8%)
15 a 17 anos	40 (17,8%)	32 (14,3%)	72 (32,1%)
18 a 20 anos	22 (9,8%)	23 (10,3%)	45 (20,1%)
TOTAL	122 (54,4%)	102 (45,5%)	224

Tabela 5 – Idade e Escolaridade de adolescentes sem diabetes participantes da pesquisa

		IDADE			TOTAL
		12 a 14	15 a 17	18 a 20	
ESCOLARIDADE	6ª série	31 (13,8%)	4 (1,8%)	0	35 (15,6%)
	7ª série	56 (25%)	27 (12%)	0	83 (37%)
	8ª série	20 (8,9%)	37 (16,5%)	5 (2,2%)	62 (27,7%)
	2º grau	0	4 (1,8%)	40 (17,8%)	44 (19,7%)
	TOTAL	107 (47,7%)	72 (32,1%)	45 (20%)	224

Tabela 6 - Situação de emprego e idade dos adolescentes sem diabetes participantes da pesquisa

IDADE	TRABALHA		TOTAL
	Sim	Não	
12 a 14 anos	94 (41,9%)	13 (5,8%)	107 (47,8%)
15 a 17 anos	60 (26,8%)	12 (5,4%)	72 (32,1%)
18 a 20 anos	20 (8,9%)	25 (11,1%)	45 (20,1%)
TOTAL	174(77,6%)	50 (22,3%)	224

2.2. Material

Para caracterização dos adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, foi preenchido um Roteiro de Entrevista, contendo dados de identificação, como: nome, idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de pessoas que moram na casa, tempo da doença, tempo de frequência ao grupo, residência, religião, tipo e frequência de medicação, trabalho, se mora com pai e mãe, quantas horas de sono por noite (vide Anexo A – Roteiro de Entrevista).

Visando obter dados sobre como o adolescente convivia com o diabetes, esse Roteiro de Entrevista continha 15 questões abertas e fechadas sobre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas e mais significativas para se lidar com a doença, a origem atribuída à doença e possíveis frustrações decorrentes do diabetes.

Para identificar as atividades realizadas no dia-a-dia dos adolescentes com e sem *Diabetes Mellitus* Tipo1, foi utilizado o Mapeamento de Atividades Cotidianas - MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999) (vide Anexo B - Mapeamento de Atividades Cotidianas). Esse instrumento foi elaborado com o objetivo de obter informações detalhadas das atividades cotidianas que um indivíduo pode realizar, já tendo sido utilizado em outras pesquisas (Oliveira, 1998 e Menandro, Menandro, Vasconcelos, Oliveira, Esteves & Pereira, 2000). O formulário original contém uma lista de 137 atividades, que variam nas seguintes dimensões: social/individual; obrigatória/eletiva; prazerosa/aversiva; dirigida para

si mesmo/dirigida para os outros; com risco para consumo de álcool/com controle para consumo de álcool; que envolvem tensão/que são saudáveis; de quietude, passividade/de ação, atividade, iniciativa; realizadas dentro de casa/realizadas fora de casa. Nesse instrumento, o respondente tem a oportunidade de fazer um levantamento do tempo médio gasto com vários tipos de atividades diárias.

Para se fazer uma análise das atividades executadas apenas por adolescentes com diabetes, foram acrescentados, ao instrumento de MAC, 12 itens relacionados a cuidados que devem ser praticados por pessoas com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 ou que têm alguma complicação dessa doença. Esses itens acrescentados receberam as mesmas classificações do instrumento original e foram analisados separadamente (vide Anexo B).

Foram, assim, utilizados dois instrumentos:

1) Roteiro de Entrevista: I – Dados de identificação; II – Entrevista (contendo 15 questões abertas e fechadas); (Anexo A); 2) Mapeamento de Atividades Cotidianas - MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999, adaptado por Enumo & Santos, 2001) (Anexo B).

2.3. Procedimento

Inicialmente, foi feita a caracterização dos sujeitos pela consulta às fichas do Programa de Assistência ao Portador de Diabetes da Unidade de Saúde de Jardim Camburi e do Ambulatório de Endocrinologia do HUCAM (Hospital Universitário Antônio Cassiano Moraes).

A seguir, numa segunda etapa, foram aplicados o MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999) e o Roteiro de Entrevista, após consentimento por escrito dos responsáveis pelo Programa (vide Anexo E - Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa). Foi aplicado o MAC nos pacientes da Unidade de Saúde, em uma das reuniões do grupo. Para alguns desses jovens que não estavam presentes à reunião, foi marcado um segundo encontro (nas residências dos pacientes), para que fosse preenchida a Ficha de Identificação e gravada a entrevista.

Durante uma visita ao Programa de Assistência ao Portador de *Diabetes Mellitus* Tipo 1 do Serviço de Endocrinologia do HUCAM, foram obtidos dados e endereços dos adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 atendidos por aquela instituição de saúde. Por telefone, esses pacientes foram convidados a participarem da pesquisa e aqueles que se propuseram foram visitados e entrevistados, além de preencherem o MAC.

Após a coleta de dados junto aos pacientes com diabetes, foi realizada visita à escola e pediu-se autorização junto à Direção e à Coordenação Pedagógica para realizar uma aplicação coletiva do MAC, em seis turmas (duas turmas de 6ª série, duas de 7ª série e duas de 8ª série) do turno vespertino de Ensino Fundamental. Em outra escola de Ensino Fundamental e Médio, o MAC foi aplicado apenas a estudantes de Ensino Médio, do turno noturno, para que o grupo fosse balanceado e não contivesse apenas alunos do Ensino Fundamental.

2.4. Análise crítica de riscos e benefícios

Os indivíduos que participaram da pesquisa não foram expostos a situações de risco iminentes, seja quanto a sua saúde orgânica ou psicológica. Não ocorreu qualquer incidente durante o processo de coleta de dados.

Os participantes poderão ser beneficiados, mesmo que indiretamente, uma vez que os resultados da pesquisa poderão colaborar para o acréscimo do conhecimento de profissionais sobre a adolescência e *Diabetes Mellitus* Tipo 1, contribuindo para implementação de práticas que facilitem o ajustamento dos jovens às condições da doença crônica.

3. RESULTADOS

Visando a identificar e descrever as atividades cotidianas desses adolescentes, inicialmente, serão apresentados os resultados obtidos pelo MAC, respondidos por todos os 239 adolescentes, depois os dados dos 224 adolescentes sem *Diabetes Mellitus* e, por fim, os dados obtidos pelo MAC com

os 15 adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1, além dos dados obtidos através da entrevista.

O Mapeamento de Atividades Cotidianas (MAC, Menandro, Menandro & Oliveira, 1999) foi, então, aplicado para conhecer o cotidiano dos adolescentes, tentando identificar possíveis semelhanças e diferenças entre aqueles com e sem diabetes, além de tentar verificar prováveis influências da doença nas atividades cotidianas, nessa etapa de vida. Esse instrumento possui oito dimensões avaliativas (social/individual; obrigatória/eletiva; prazerosa/aversiva; dirigida para si mesmo/dirigida para os outros; com risco para consumo de álcool/com controle para consumo de álcool; que envolvem tensão/que são saudáveis; de quietude, passividade/de ação, atividade, iniciativa; realizadas dentro de casa/realizadas fora de casa), que servem para classificar as atividades propostas no próprio instrumento. Cada tarefa foi incluída em uma ou várias dimensões (vide anexo C: Quadro de distribuição das atividades do MAC nas 8 dimensões consideradas na análise.). Assim, foi feita a avaliação pela contagem do tempo gasto pelos indivíduos nas diversas dimensões de atividades. Foi possível identificar, com essa contagem, quais as tarefas a que os jovens dedicam maior parte do seu tempo e se todos os adolescentes participantes da pesquisa realizam tarefas semelhantes durante o seu dia-a-dia.

Comentário: Verificar o anexo!

O MAC foi utilizado fazendo-se a soma do tempo médio gasto com as atividades, tempo esse indicado pelos sujeitos. Convencionou-se que a avaliação levaria em consideração as seguintes pontuações para cada resposta: a alternativa A (tempo nenhum) foi computada como valor 0; para a alternativa B (até duas horas por semana) considerou-se o valor de 1; para a alternativa C (entre duas e cinco horas por semana), foi computado o valor 3,5; para a alternativa D (entre seis e dez horas por semana), foi considerado o valor 7,5 e para a alternativa E (mais de dez horas por semana), estabeleceu-se o valor 15. Essa última alternativa foi computada de forma diferente daquela proposta pelos autores do instrumento: 10. Devido a uma convenção estatística, optou-se estimar o valor 15 e não 10, já que se trata de tempo médio e, como dar um valor médio para mais de dez horas é impossível, decidiu-se superestimar o valor dado.

A análise descrita acima refere-se somente às questões 1 a 82, pois as questões posteriores (83 a 149) necessitam de uma conduta de análise diferente, uma vez que a maneira do sujeito respondê-las é diferente. A partir do item 83, perguntava-se apenas sobre a frequência da atividade indicada e as opções de respostas poderiam ser as seguintes: A = *nunca*; B = *muito raramente*; C = *pelo menos uma ou duas vezes por mês* e D = *quase toda semana*, ou *ainda mais frequentemente*. Nesse caso, como os autores do instrumento não haviam proposto uma forma de análise, foi estabelecido que seriam computados, para efeito de análise desse estudo, os seguintes valores: A = 0; B = 1; C = 2 e D = 3. Para cada item, foi estabelecida a percentagem do tipo de resposta para cada dimensão, de acordo com o total de itens contido nas dimensões.

Estabeleceu-se, ainda, que a análise seria feita com a junção dos dois primeiros tipos de respostas: grupo de resposta 1 (G1) = *nunca/raramente*; grupo de resposta 2 (G2) = *uma/duas vezes por semana* e grupo de respostas 3 (G3) = *quase toda semana*.

Os dados da entrevista foram analisados pela elaboração de temas, em que foram descritas as respostas e opiniões de todos os participantes sobre os assuntos abordados na entrevista. Também foram feitas estruturas, apresentando-se estudos de caso e dados individuais do MAC, para ilustrar o perfil dos adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 que participaram da pesquisa.

3.1. O cotidiano de adolescentes (n = 239), segundo dados do MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999, adaptado por Santos & Enumo, 2001)

Inicialmente, foi feito um levantamento dos resultados encontrados no grupo total dos adolescentes (n = 239) que preencheram o MAC. É importante lembrar que, para o entendimento dos resultados, deve-se considerar que o tempo indicado, que caracteriza os perfis, refere-se sempre à média de horas semanais. Para que a leitura não se tornasse fastidiosa e repetitiva, convencionou-se colocar apenas o número de hora e não indicar sempre que o tempo é médio e semanal. Algumas dimensões que caracterizam o perfil dos

grupos receberam exemplos dos tipos de atividades que eles realizam, para que fosse possível entender com mais detalhes o que eles estão fazendo. No entanto, as atividades citadas foram apenas exemplos dos tipos de atividades contidas naquelas dimensões, não significando, que o tempo dedicado se referia exatamente às atividades que foram praticadas por aquele grupo em questão. Isso se deve ao fato de que, neste trabalho, convencionou-se elaborar um levantamento de tempo dedicado, considerando apenas as dimensões contempladas, sem prender-se às atividades específicas.

Pelo perfil geral, foram identificadas as seguintes características: esses adolescentes relataram dedicar grande parte do seu tempo (76 horas) a atividades que estão voltadas para si mesmo (dirigidas para si) e que implicam ação (75 horas), como andar de bicicleta. Realizam atividades que são prazerosas (70 horas) e realizadas dentro de casa (60 horas), como assistir novelas; que não têm caráter de obrigatoriedade, por serem eletivas (66 horas), como ouvir música; que são saudáveis (45 horas), como descansar; e que têm caráter social (42 horas), como brincar com irmãos (vide Figura 1 e Tabela 9, no Anexo D).

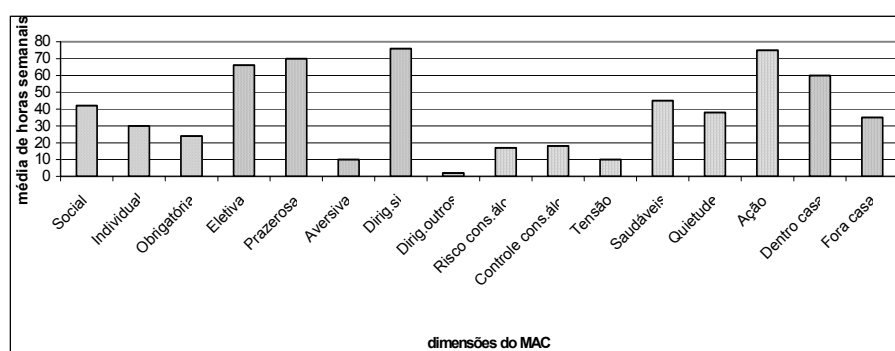


Figura 1 – Tempo médio gasto por adolescentes (n=239), de acordo com as dimensões do MAC.

Utilizando-se os parâmetros de gênero e faixa etária, traçou-se um perfil dos jovens participantes da pesquisa, o que possibilitou conhecer um pouco mais o cotidiano desses jovens (vide Figuras 2 e 3 e Tabela 10, no Anexo D).

A análise dos dados do grupo de 12 a 14 anos de idade (n=111) mostrou que praticavam, em primeiro lugar, atividades dirigidas para si

mesmo (67 horas), como estudar ou desenvolver trabalhos, e que possuem caráter de ação (66 horas), como praticar esportes. Essas atividades são prazerosas (62 horas), como namorar; eletivas (58 horas), como escolher filme em locadora; realizadas dentro de casa (53 horas), como jogar vídeo games; sociais (36 horas), como conversar com amigos; e saudáveis (36 horas), como andar de bicicleta a passeio (vide Figura 2).

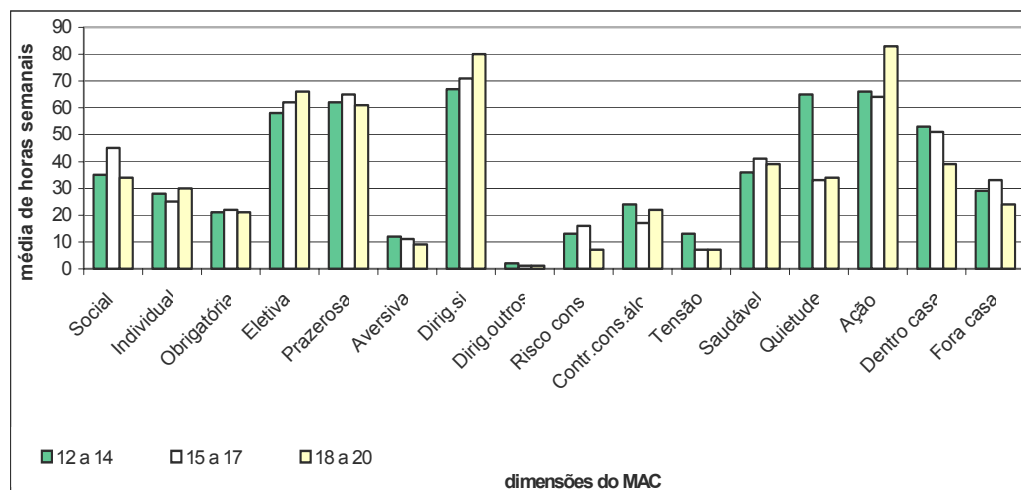


Figura 2 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes, segundo as dimensões do MAC, por faixa etária.

Os dados da faixa etária de 15 a 17 anos de idade ($n = 76$) não diferem muito em relação ao grupo mais novo, analisado anteriormente. Esses adolescentes relataram praticar atividades dirigidas para si mesmo (71 horas), como assistir qualquer tipo de curso e palestra; e prazerosas (65 horas), como descansar ou ficar em casa sem fazer nada. Há indicações de serem pessoas ativas, pois boa parte do tempo (64 horas) estavam envolvidas em tarefas consideradas de ação, como ir a festas; e cumpriam atividades que são escolhidas por eles mesmos (eletivas – 62 horas), como visitar amigos e parentes. São essas atividades cumpridas dentro de casa (51 horas), como consertar coisas em casa; e geralmente possuem caráter social (45 horas), como ajudar outras pessoas em tarefas escolares (vide Figura 2).

Em relação aos adolescentes mais velhos (18 a 20 anos de idade/ $n=52$), os dados mostram que se dedicavam, em primeiro lugar, a atividades dirigidas para si mesmo (80 horas) e que envolviam ação (83 horas), como jogar

vídeo-game ou fliperama em lojas de jogo. Essas atividades assinaladas são do tipo eletivas (66 horas), prazerosas (61 horas), saudáveis (39 horas), realizadas dentro de casa (39 horas) e provavelmente acompanhadas de familiares, pois são sociais (34 horas) (vide Figura 2).

Em relação ao gênero, percebe-se, na Figura 3, que as adolescentes (sexo feminino) deste grupo (n=131) relataram geralmente despendar seu tempo livre cumprindo tarefas que envolvem ação (81 horas), como cozinhar. Essas tarefas são realizadas em causa própria, ou seja, são dirigidas para si mesmas (74 horas); são ao mesmo tempo prazerosas (65 horas) e eletivas (65 horas), saudáveis (45 horas) e sociais (41 horas) (vide Tabela 7).

Tabela 7 – Média semanal de horas gastas nas dimensões do MAC por adolescentes com e sem diabetes, separados por sexo (n=239).

Dimensão	Sexo		p-valor
	Feminino	Masculino	
Social	41h	44h	0,719
Individual	39h	26h	0,000***
Obrigatória	30h	21h	0,000***
Eletiva	65h	68h	0,095
Prazerosa	65h	72h	0,192
Aversiva	15h	7h	0,000***
Dirigida para si	74h	82h	0,408
Dirigida para outros	3h	2h	0,288
Com risco consumo álcool	16h	18h	0,470
Com controle consumo álcool	18h	18h	0,102
Envolve tensão	7h	15h	0,000***
Saudáveis	45h	45h	0,831
Quiétude/ passividade	42h	37h	0,118
Ação/atividade	81h	68h	0,396
Dentro de casa	68h	49h	0,001***
Fora de casa	32h	44h	0,024*

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Em contrapartida, os adolescentes do sexo masculino (n=108) disseram fazer atividades voltadas para bem-estar próprio (82 horas), e esses afazeres são classificados pelo MAC como prazerosos (72 horas), como assistir programas na televisão; são feitos por espontânea vontade, não estando o adolescente sob nenhum tipo de coação, pois são eletivas (68 horas), como conversar com amigos na escola; são realizadas dentro do próprio lar (49 horas); não prejudicam o bem-estar, pois, são saudáveis (45 horas) e envolvem a participação de outros indivíduos - sociais (44 horas) (vide Figura 3 e Tabela 7).

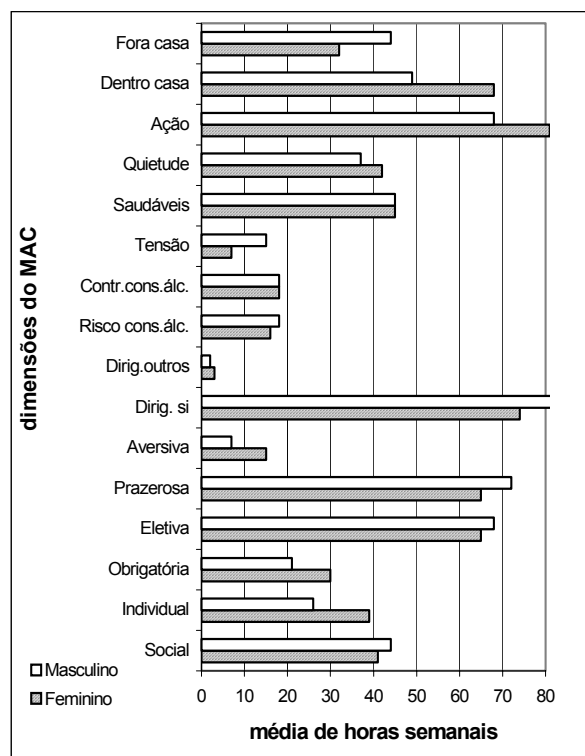


Figura 3 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes de acordo com as dimensões do MAC, por sexo.

Comparando-se os padrões de respostas, foi possível encontrar algumas diferenças dentro de grupo dos adolescentes pesquisados (n=239).

Os adolescentes de todas as faixas etárias disseram praticar, em primeiro lugar, atividades voltadas para si mesmo. A maior diferença foi encontrada no grupo inserido na faixa de 18 a 20 anos de idade, cujos integrantes disseram dedicar um tempo maior em atividades que envolviam ação (83 horas) em comparação aos outros dois grupos de idades (66 horas para a faixa de 12 a 14 anos e 64 horas para faixa de 15 a 17 anos de idade). Por outro lado, esse mesmo grupo (mais velho) tendeu a gastar um tempo menor em atividades realizadas dentro de casa (39 horas para a faixa de 18 a 20 anos; 51 horas para a faixa 15 a 17 anos e 53 horas para a faixa de 12 a 14 anos de idade). Esse dado pode estar relacionado ao fato de alguns desses jovens já estarem exercendo alguma atividade profissional. À medida em que se aumenta a faixa etária, a média de horas semanais dedicadas a atividades eletivas e

dirigidas para si mesmo aumenta progressivamente. Em contrapartida, com o aumento da idade, há uma diminuição da dedicação a atividades aversivas e àquelas que envolvem tensão.

De maneira geral, todos os grupos etários tenderam a dedicar mais tempo às atividades relacionadas ao controle para o consumo de álcool. No entanto, o grupo da faixa de 18 a 20 anos apresentou o menor tempo médio em atividades de risco para o consumo de álcool e, conseqüentemente, maior tempo em atividades controláveis para o consumo de álcool, do que os outros grupos etários.

Com o aumento de faixa etária, diminui ainda mais a dedicação a atividades dirigidas para os outros (média de 13 horas semanais para o grupo de 12 a 14 anos, 16 horas para o grupo de 15 a 17 anos e 7 horas para o grupo de 18 a 20 anos).

Ao comparar-se os dados do grupo geral quanto ao sexo, identificam-se diferenças interessantes. Pela aplicação do teste estatístico Mann-Whitney, obteve-se o *p-valor* com diferenças significativas estatisticamente relacionadas a algumas dimensões do MAC (vide Tabela 7).

Primeiramente, identificou-se que, no grupo feminino, havia uma dedicação menor (7 horas) a atividades que envolvem tensão em comparação ao grupo masculino, que dedica 15 horas semanais a esse tipo de atividade (*p-valor* = 0,000). As atividades aversivas foram mais citadas pelo grupo feminino (15 horas), enquanto o grupo masculino disse dedicar a esse tipo de atividade apenas 7 horas semanais (*p-valor* = 0,000). As mulheres disseram realizar mais tarefas obrigatórias (30 horas), como limpar e arrumar a casa, enquanto os homens alegaram dedicar 21 horas semanais a esses tipos de atividades. Os homens tenderam a dedicar menor tempo em atividades cumpridas individualmente (26 horas semanais), como consertar coisas em casa, e em tarefas que devem ser cumpridas dentro de casa, como lavar louças (49 horas semanais). Já as mulheres, disseram dedicar, em média, 39 horas semanais a atividades individuais e 68 horas semanais em tarefas dentro de casa (*p-valor* = 0,000 e 0,001 respectivamente).

Foram encontradas outras diferenças que podem oferecer mais dados sobre o grupo pesquisado, apesar de não serem significativas

estatisticamente. Os homens tenderam a praticar mais atividades fora de casa (44 horas), como visitar amigos e parentes, do que as mulheres (32 horas). Por outro lado, as mulheres tenderam a realizar mais atividades classificadas como de quietude/passividade (42 horas), como fazer orações, do que os homens (37 horas) (vide Figura 3).

Para uma melhor visualização dos dados do MAC, no grupo geral (n=239), foi elaborado o Quadro 3, resumindo todos os resultados. Na descrição desses resultados, foram citadas apenas as atividades com maior expressividade de tempo médio semanal, ficando, assim, algumas dimensões sem citações, como, por exemplo, aquela relativa ao controle ou risco de consumo de álcool. Apesar de não ser apresentado o tempo gasto nas dimensões levadas em conta no MAC, o Quadro 3 permite uma comparação do tempo gasto nas dimensões que têm maior expressividade em cada grupo.

Quadro 3 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC pelos adolescentes, com diabetes e sem diabetes.

	Geral (N=239)	Com diabetes (N=224)	Sem diabetes (N=15)
TODOS	Dirig. p/si(76h)	Ação (66h)	Dirig.p/si (76h)
	Ação (75h)	Dirig.p/si (63h)	Ação (76h)
	Prazerosas (70h)	Prazerosas (59h)	Prazerosas (72h)
	Dentro casa (60h)	Eletivas (54h)	Eletivas (66h)
	Eletivas (66h)	Dentro casa (44h)	Dentro casa (61h)
	Saudáveis (45h)	Saudáveis (36h)	Saudáveis (46h)
	Sociais (42h)	Sociais (34h)	Sociais (43h)
	Cont.cons.álc(18h)	Cont.cons.álc.(25h)	Cont.cons.álc.(18h)

3.2. O cotidiano dos adolescentes sem *Diabetes Mellitus*

Serão descritos a seguir os dados obtidos pelo MAC em adolescentes sem *Diabetes* que participaram da pesquisa (n = 224).

No geral, foram identificadas as seguintes características desse grupo dos adolescentes sem diabetes: são pessoas que disseram dedicar grande parte de seu tempo a atividades que estão voltadas para si mesmo (76 horas), como assistir programas na televisão; e que são de ação (76 horas), como andar de bicicleta. Disseram também cumprir tarefas prazerosas (72 horas), como brincar com irmãos ou amigos; e eletivas (66 horas), como escolher filmes em locadoras. Essas atividades são geralmente praticadas dentro de casa (61 horas),

como jogar vídeo-games em casa; tendo também a característica de serem saudáveis (46 horas), como tomar banho; e sociais (43 horas), como conversar com amigos na escola (vide Figura 4 e Tabela 9 no anexo D).

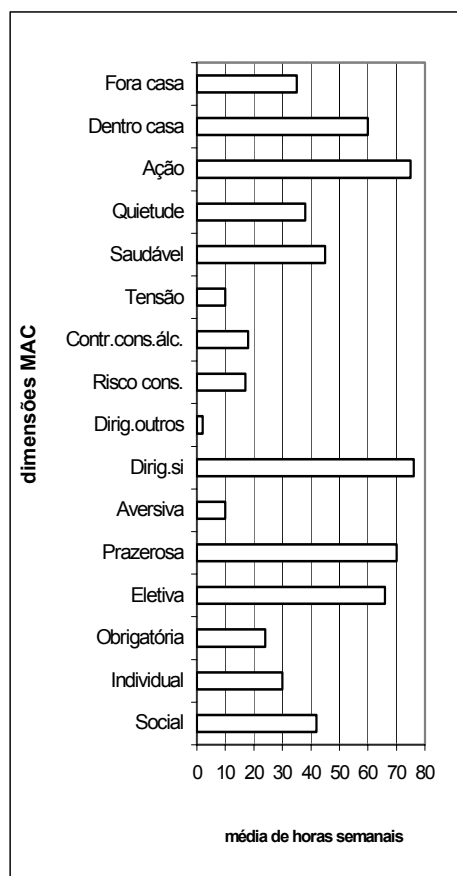


Figura 4 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes, nas dimensões do MAC.

Em relação ao gênero, os adolescentes sem diabetes possuem as seguintes características segundo o MAC: as mulheres sem diabetes tendem a praticar com mais frequência atividades caracterizadas como sendo de ação/atividade (81 horas) e que são dirigidas para si mesmo (75 horas). Essas atividades são praticadas dentro de casa (68 horas), são prazerosas (67 horas), eletivas (65 horas), saudáveis (46 horas) e sociais (43 horas) (vide Figura 5 e Tabela 10 no Anexo D).

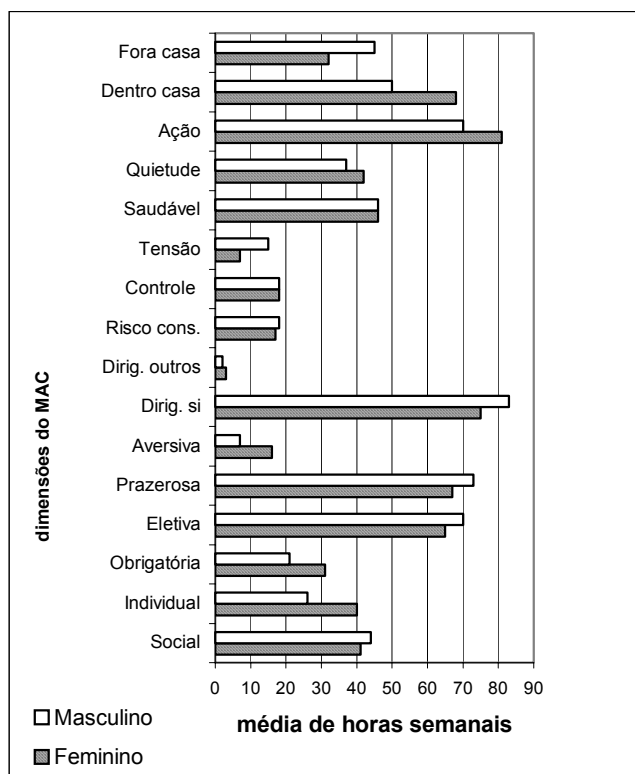


Figura 5 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes, nas dimensões do MAC, por sexo.

Os homens sem diabetes, por sua vez, alegaram praticar, com maior dedicação de tempo, atividades que são dirigidas para si mesmos (83 horas) e que são prazerosas (73 horas). Tarefas eletivas (70 horas), que são praticadas dentro de casa (50 horas), que são saudáveis (46 horas) e que são sociais (44 horas) também fizeram parte da preferência masculina (vide Figura 5 e Tabela 10 no Anexo D).

Dentro das faixas etárias, foram encontradas as seguintes características: os adolescentes sem diabetes, mais novos, na faixa de 12 a 14 anos de idade (n=107) disseram praticar, em primeiro lugar, atividades voltadas para si mesmo (85 horas) e de ação (81 horas). Essas atividades são prazerosas (78 horas), eletivas (73 horas), realizadas dentro de casa (68 horas) e sociais (45 horas).

Na faixa etária intermediária, de 15 a 17 anos de idade (n = 72), os adolescentes sem diabetes disseram praticar atividades de ação (74 horas) e dirigidas para si mesmo (74 horas). Essas atividades são prazerosas (73 horas semanais), eletivas (67 horas), realizadas dentro de casa (56 horas) e sociais (46 horas).

Os adolescentes sem diabetes com 18 a 20 anos de idade (n = 45), apresentaram os seguintes resultados: em primeiro lugar, disseram dedicar maior parte do tempo a atividades de ação (62 horas) e que são dirigidas para si mesmo (59 horas). Foram escolhidas também atividades prazerosas (55 horas), eletivas (51 horas), realizadas dentro de casa (46 horas) e saudáveis (40 horas) (vide Figura 6 e Tabela 8).

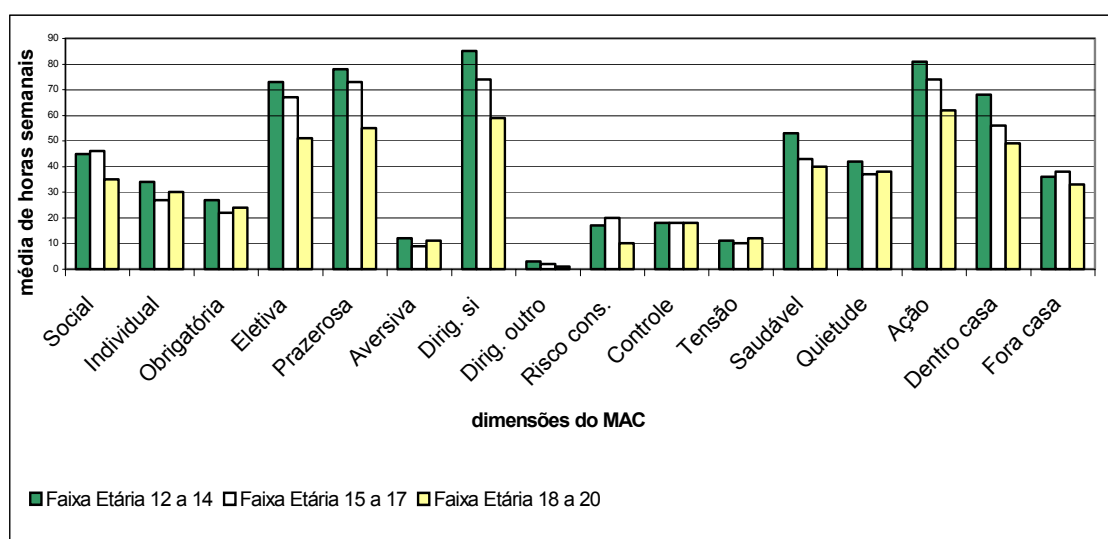


Figura 6 – Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes nas dimensões do MAC, por faixa etária.

Chama a atenção, a Figura 6, o fato dos adolescentes sem diabetes alegarem dedicar mais tempo a atividades voltadas para si mesmos, como assistir filmes em vídeo em casa, do que voltadas para os outros, em todas as faixas etárias. Para esses dados, foi aplicado o teste estatístico de significância Kruskal-Wallis e, no caso das atividades da dimensão Dirigidas para si mesmo/Dirigidas para os outros, houve uma diferença estatisticamente significativa ao nível de 0,001 (vide Tabela 8).

Observa-se também na Tabela 8 que há maior dedicação a atividades sociais do que às individuais, em todos os grupos etários.

Tabela 8 - Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes sem diabetes nas dimensões do MAC, por faixa etária (n = 224).

Dimensão do MAC	Faixa etária			p-valor
	12 – 14	15 – 17	18 – 20	
Social	45h	46h	35h	0,363
Individual	34h	27h	30h	0,860
Obrigatória	27h	22h	24h	0,481
Eletiva	73h	67h	51h	0,494
Prazerosa	78h	73h	55h	0,272
Aversiva	12h	9h	11h	0,334
Dirig. Si	85h	74h	59h	0,347
Dirig. Outros	3h	2h	1h	0,001**
Risco consumo álcool	17h	20h	10h	0,680
Controle cons. Álcool	18h	18h	18h	0,367
Envolve tensão	11h	10h	12h	0,431
Saudáveis	53h	43h	40h	0,544
Quiétude/ passividade	42h	37h	38h	0,757
Ação/atividade	81h	74h	62h	0,762
Dentro de casa	68h	56h	49h	0,777
Fora de casa	36h	38h	33h	0,890

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Comparando a dimensão social/individual com a dimensão dentro de casa/fora de casa, constata-se que a maior parte das atividades escolhida por esse grupo sem diabetes é realizada dentro de casa, como ouvir música, em todos os grupos de idades.

Quanto à dimensão obrigatória/eletiva, obteve-se uma maior dedicação às atividades eletivas, como andar de bicicleta a passeio. No entanto, há uma diferenciação entre os grupos, que, apesar de não ter significância estatística, mostra uma tendência que vale a pena ser ressaltada. A discrepância entre a média de horas em atividades obrigatórias e eletivas, no grupo de 12 a 14 anos de idade, foi maior do que aquela encontrada nos outros grupos de idade (27 horas em atividades obrigatórias e 73 horas em atividades eletivas, em média, por semana).

Adolescentes sem diabetes, de todos os grupos etários, disseram praticar mais atividades prazerosas, como “bater perna”, conversar, lanchar em *shopping center*, do que aversivas. No entanto, o grupo com idade de 15 a 17 anos foi o que alegou realizar menos atividades inseridas na dimensão aversiva,

com apenas 9 horas, em média, dedicadas semanalmente a esse tipo de atividade.

Segundo o MAC, o tempo livre desses adolescentes sem diabetes é dedicado a atividades que não apresentam risco para o consumo de álcool, são saudáveis e envolvem ação ou atividade, nos três grupos de idades.

Ainda dentro do grupo dos adolescentes sem diabetes, é importante compará-los quanto ao gênero (vide Figura 5 e Tabela 10 no Anexo D). Os rapazes disseram praticar atividades sociais, como estar com amigos “conversando fiado”, por mais tempo do que as moças. Estas por sua vez, disseram praticar mais atividades obrigatórias, como cozinhar, do que os rapazes. O sexo masculino apresentou maior desproporção a favor das atividades classificadas como prazerosas (7 horas para atividades aversivas e 73 horas para atividades prazerosas). As mulheres, apesar da diferença média de horas dispensada com atividades prazerosas (67 horas para atividades prazerosas e 16 horas para atividades aversivas), não tiveram uma diferença tão marcante quanto a encontrada para os homens. Os rapazes disseram dedicar mais tempo às tarefas dirigidas para si mesmo (83 horas) do que àquelas dirigidas para os outros (2 horas), sendo que as moças ainda praticam esse tipo de atividade um pouco mais frequentemente do que os rapazes (75 horas para atividades dirigidas para si mesmo e 3 horas em atividades dirigidas para os outros).

Enquanto as moças disseram dedicar pouco tempo (7 horas) a atividades classificadas como envolvendo tensão, os rapazes alegaram dedicar o dobro do tempo a esse tipo de atividade (15 horas). Entretanto, tanto moças como rapazes disseram praticar mais atividades saudáveis do que aquelas que envolvem tensão.

As moças, porém, parecem praticar mais atividades de ação/atividade (81 horas) do que os rapazes (68 horas). Observa-se ainda que o tempo dedicado às atividades realizadas dentro de casa, nos dois sexos, é maior do que às realizadas fora de casa. Neste caso, os rapazes disseram gastar mais tempo em atividades realizadas fora de casa do que as moças.

Ao compararmos os dados de toda a amostra (n=239) com o grupo dos adolescentes sem diabetes, percebe-se que este último grupo segue os padrões do primeiro, não havendo muitas diferenças entre os dois (vide figura 7 e Tabela 9 no Anexo D).

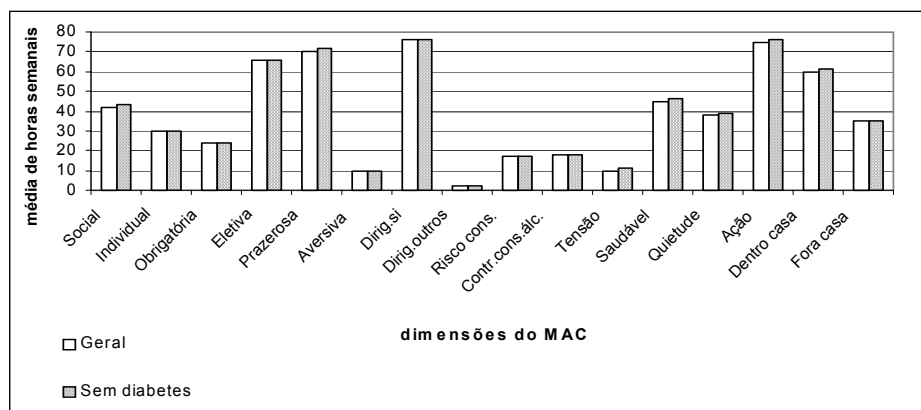


Figura 7- Comparação do tempo médio semanal gasto pelos adolescentes do grupo geral (n=239) e sem diabetes (n=224), nas dimensões do MAC.

3.3. O cotidiano de adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1

O tempo médio semanal dedicado a atividades contidas nas dimensões consideradas pelo MAC (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999) foi submetido à análise, que forneceu um perfil dos adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, conhecendo-se assim um pouco do cotidiano destes jovens.

Em geral, os adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 (n=15) disseram praticar atividades de ação (66 horas), como andar de bicicleta, e que estão voltadas para si mesmo (63 horas), como dedicar-se a cuidados com pele, cabelo, barba ou unha. Disseram dedicar-se a tarefas prazerosas (59 horas), como assistir a filmes na televisão, escolhidas por eles mesmos – eletivas (54 horas), como “bater perna” em comércio ou *shopping center*, realizadas dentro de casa (44 horas), como ouvir música em casa, que são saudáveis (36 horas), como visitar amigos ou parentes, e sociais (34 horas), como namorar (vide Figura 8 e Tabela 9 no Anexo D).

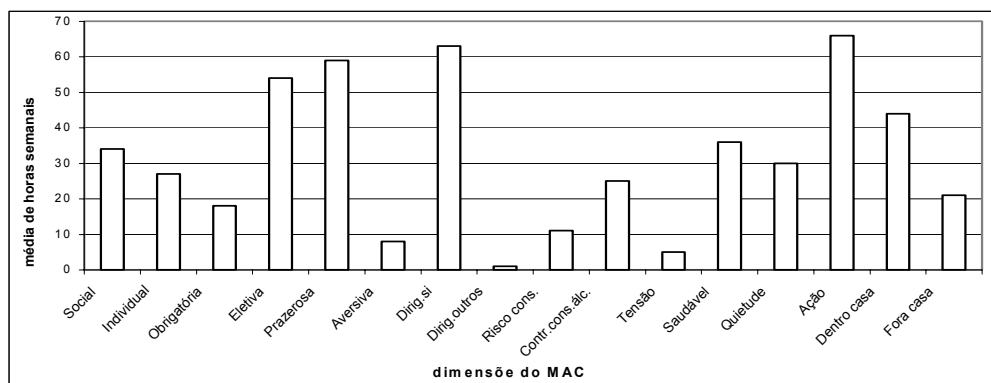


Figura 8 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, por adolescentes com *Diabetes Mellitus* (n=15) participantes da pesquisa.

Utilizando-se o sexo como parâmetro, os dados do MAC forneceram o seguinte perfil: as moças com diabetes (n = 9) disseram praticar mais atividades de ação (72 horas), como andar de bicicleta a passeio, atividades dirigidas para si mesmo (63 horas), como ouvir música, e que são prazerosas (59 horas), como namorar. Essas atividades, em geral, são praticadas dentro de casa (57 horas), são eletivas (54 horas) e sociais (34 horas).

Os rapazes com diabetes (n=6), por sua vez, disseram praticar atividades que são dirigidas para si mesmo (69 horas), como dormir durante o dia, que são eletivas (57 horas), como assistir programas na televisão, e também prazerosas (57 horas), como conversar com amigos. Disseram dedicar-se a atividades de ação (34 horas), como “bater perna” na rua sem objetivo definido, atividades saudáveis (40 horas), como exercitar-se, sociais (37 horas), como ir a festas de adultos; e realizadas dentro de casa (36 horas), como jogar vídeo-games em casa (vide Figura 9 e Tabela 10 no Anexo D).

Quanto à faixa etária (Figura 10), os adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 possuem as seguintes características segundo o MAC: na primeira faixa etária - 12 a 14 anos de idade - (n=4), os adolescentes disseram praticar atividades de ação (52 horas), como estudar ou realizar trabalhos; atividades dirigidas para si mesmos (50 horas), como escolher filmes em locadora; que são prazerosas (46 horas), como descansar sem dormir; e eletivas (44 horas), como estar com amigos. Essas atividades são, geralmente, realizadas dentro de casa (39 horas), como jogar vídeo game; são voltadas ao

controle para consumo de álcool (30 horas), como fazer orações; e sociais (28 horas), como ir a festas.

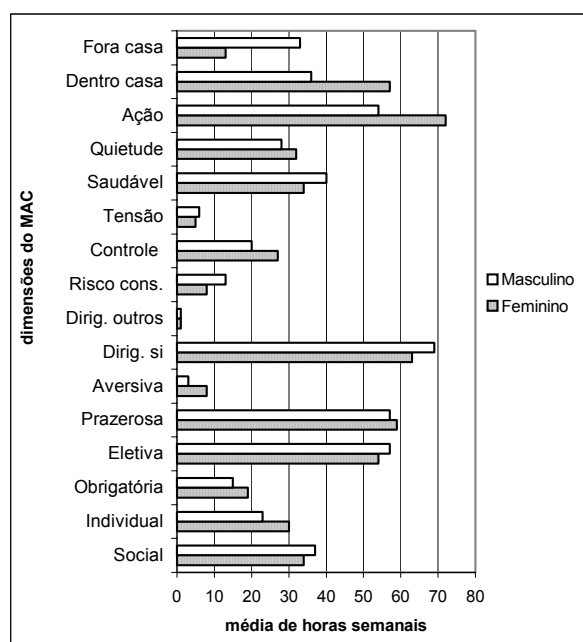


Figura 9 – Tempo semanal gasto pelos adolescentes com *Diabetes Mellitus* nas atividades do MAC, por sexo.

O grupo de 15 a 17 anos de idade, com Diabetes (n=4), disse praticar atividades dirigidas para si mesmo (69 horas), como tomar banho, eletivas e prazerosas (57 horas para cada atividade), como conversar com amigos, atividades que envolvem ação (54 horas), como ir à banco, realizadas dentro de casa (47 horas), como ouvir música, sociais (44 horas), como ir a festas de aniversários, e que são saudáveis (40 horas), como realizar cuidados com pele, cabelos, unhas e barba.

Os adolescentes de 18 a 20 anos com diabetes (n=7) disseram realizar atividades que envolvem ação (104 horas), como “bater perna” na rua; atividades que são dirigidas para si mesmo (101 horas), como ouvir música, e que são eletivas (81 horas), como conversar com amigos. Foram escolhidas tarefas classificadas como saudáveis (39 horas), como exercitar-se por recomendação médica; atividades sociais (34 horas), como ir a festas; realizadas dentro de casa

(29 horas), como assistir a programas na televisão, e voltadas ao controle para o consumo de álcool (27 horas), como conversar com amigos na escola (vide Figura 10 e Tabela 11 no Anexo D).

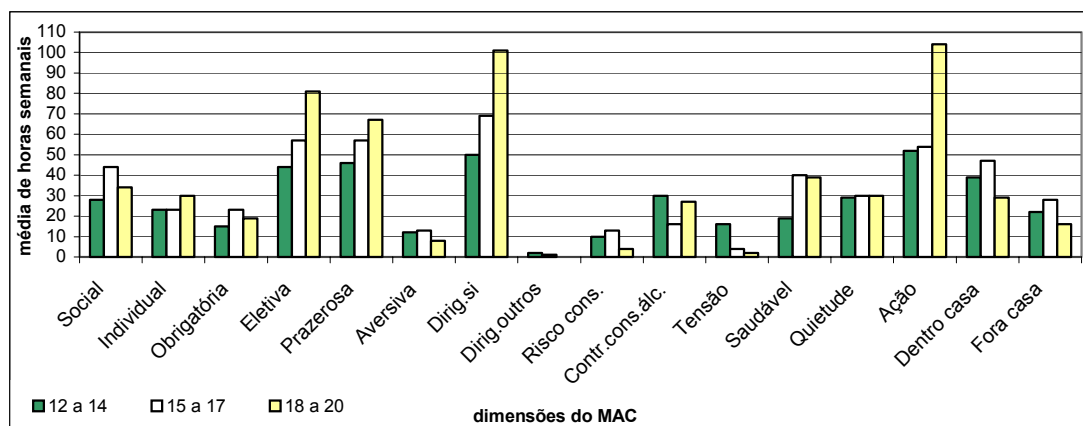


Figura 10 – Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, por adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1, por faixa etária.

Comparando os adolescentes com *Diabetes Mellitus* (n=15) com aqueles do grupo geral (n=239), obtém-se novas informações sobre esses adolescentes pesquisados.

Enquanto os adolescentes do grupo geral disseram praticar, em primeiro lugar, atividades dirigidas para si mesmo (76 horas), como fazer palavras cruzadas ou jogar paciência, os adolescentes com diabetes disseram realizar, em primeiro lugar, tarefas com caráter de ação (66 horas), como “bater perna” na rua ou no comércio, sem objetivo definido. Nos dois grupos (geral e com diabetes), predominaram as atividades sociais e não as individuais, apesar das proporções, em termos de médias de horas, serem diferentes. O mesmo aconteceu com as atividades eletivas, dirigidas para si, saudáveis e praticadas dentro de casa, que caracterizam os dois grupos, apesar da diferença em número médio de horas dedicadas. No entanto, uma diferença foi observada: e os adolescentes do grupo geral (n=239) disseram dedicar um número médio de horas muito próximo (17 e 18 horas) em atividades com risco para o consumo de álcool e com controle para o consumo de álcool. Mas os adolescentes com diabetes disseram praticar mais atividades com controle para o consumo de álcool (25 horas), como fazer

orações, do que atividades com risco para o consumo de álcool, como ir a festas de adultos (11 horas) (vide Figura 11 e Tabela 9 no Anexo D).

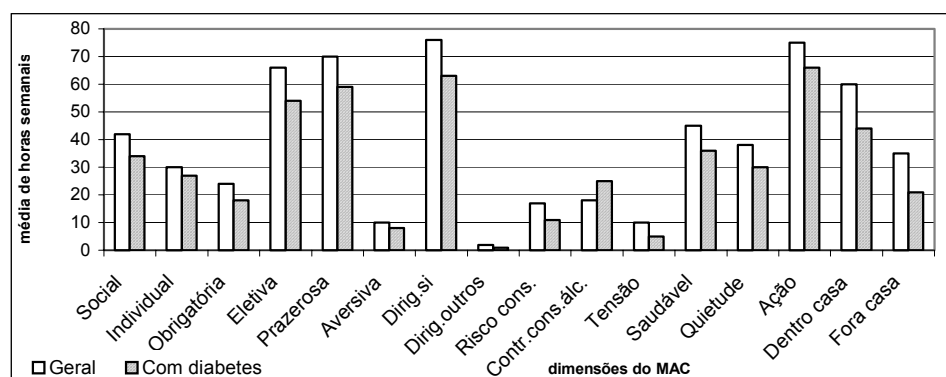


Figura 11- Comparação do tempo médio semanal gasto por adolescentes do grupo geral (n=239) e adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1 (n=15), nas dimensões do MAC.

Os rapazes pareceram se dedicar mais (37 horas) a atividades sociais, como ir a festas, quando comparados às moças (34 horas). No entanto, as moças alegaram realizar mais atividades individuais (30 horas), como limpar ou arrumar a casa, do que os rapazes (23 horas).

Os dois gêneros pareceram realizar mais atividades eletivas, como assistir a programas na televisão, do que atividades obrigatórias, como tomar conta ou cuidar de idosos amigos ou parentes, apesar das moças apresentarem maior média de horas (19 horas) dedicadas a atividades obrigatórias do que os rapazes (15 horas).

A diferença entre a dedicação a atividades prazerosas e aversivas é expressiva. Para as moças, a dedicação a atividades prazerosas, como brincar com irmãos ou amigos, foi de 59 horas, enquanto que, para os rapazes, a dedicação foi de 57 horas. Enquanto as moças disseram dedicar 8 horas semanais a atividades aversivas, como lavar louças, os rapazes alegaram empenhar-se menos ainda a esse tipo de tarefa, com apenas 3 horas semanais, em média.

Os adolescentes com diabetes (n=15) alegaram dedicar menos tempo a atividades dirigidas para si mesmo, como jogar vídeo-game em casa, do que o grupo geral (n = 239). Por outro lado, disseram dedicar mais tempo às

atividades voltadas ao controle para o consumo de álcool, como fazer orações, (25 horas), do que os outros adolescentes (18 horas).

De forma geral, o grupo de adolescentes com diabetes apresentou menor soma de horas dedicadas às atividades contidas no MAC. Isso pode explicado pelo fato de não haver um equilíbrio, em termos de proporção, entre os grupos de adolescentes com e sem diabetes. A diferença de tamanho entre os dois grupos dificulta a comparação estatística entre eles, possibilitando fazer apenas considerações e não conclusões definitivas.

Enquanto os adolescentes com diabetes disseram praticar, primordialmente, atividades de ação, como “bater perna” na rua sem objetivo definido, o grupo geral parece dedicar a maior parte de seu tempo a atividades dirigidas para si mesmo, como ouvir música. Na segunda escolha dos adolescentes com diabetes, houve uma inversão: disseram dedicar-se a atividades dirigidas para si mesmo. Já no grupo geral, os adolescentes disseram despender seu tempo em tarefas de ação. A partir da terceira escolha, os dois grupos se igualaram, apesar do tempo assinalado nas várias atividades ser sempre menor entre os adolescentes com diabetes.

Comentário: Verificar correta grafia.

Para os grupos de adolescentes com diabetes e sem diabetes, divididos por sexo e faixa etária, foi feito teste estatístico (Mann-Whitney), mas não foram detectadas diferenças significativas (vide Tabela 7, em páginas anteriores, e Tabela 10, no Anexo D).

No tratamento das respostas dadas às questões 83 a 149, foram utilizados os percentuais de tempo total gasto nas dimensões do MAC. Para isso, calculou-se o número de questões classificadas dentro de cada dimensão, bem como o total de respostas dado a cada dimensão.



Nessas questões (83 a 149), poderiam ser dadas as seguintes respostas: *nunca*; *raramente*; *uma ou duas vezes por semana*; *quase toda semana*. Decidiu-se fazer a junção dos dois primeiros tipos de respostas (*nunca* e *raramente*), significando “atividades não praticadas”, e unir os dois últimos tipos de respostas (*uma ou duas vezes por semana* e *quase toda semana*), significando atividades que “realmente são realizadas”. A análise foi feita, portanto, apenas para as atividades que são ou não realizadas pelos grupos, considerando o tempo gasto em cada atividade (vide Tabela 12, no Anexo D).

Uma vez que as respostas desse grupo de questões não têm muita representatividade em termos percentuais, preferiu-se utilizá-las apenas para fazer comparações entre os grupos e para confirmar, ou não, os padrões de respostas identificadas nos perfis de cada grupo.

Comparando os três grupos (geral, com e sem diabetes) quanto às dimensões de atividades contempladas pelo MAC, percebe-se, na Figura 11, que as tarefas classificadas como obrigatórias (como consultar-se com profissionais de saúde) foram mais citadas pelos adolescentes com diabetes do que pelos adolescentes do outros grupo. Enquanto isso, no grupo dos adolescentes sem diabetes, observa-se um maior número de atividades eletivas (como participar de churrasco com parentes, amigos e vizinhos), ou seja, os adolescentes desse grupo têm mais possibilidades de escolherem atividades que desejam realizar. Quanto às atividades dirigidas para si mesmo (como, por exemplo, dançar em baile ou boate, festa ou bar), os três grupos apresentaram frequência semelhante. Entretanto, em relação às atividades dirigidas para os outros (como participar de grupo de atividades ligadas à igreja), o grupo dos adolescentes com diabetes apresentou menor frequência do que os adolescentes sem diabetes. O percentual de atividades vinculadas à dimensão controle para o consumo de álcool (atividades como assistir *show* ou evento em local público) foi maior entre os adolescentes com diabetes do que entre os outros grupos. Em contrapartida, os adolescentes sem diabetes e o grupo geral parecem realizar mais freqüentemente atividades voltadas ao controle para o consumo de álcool. No entanto, os adolescentes com diabetes dedicam-se mais ativamente a atividades saudáveis (como acampar) do que os outros dois grupos (vide Figura 12).

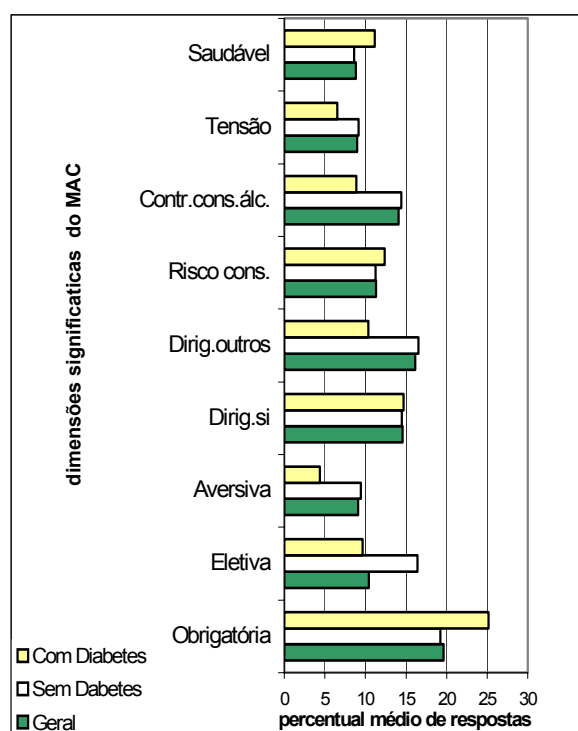


Figura 12 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas uma/duas vezes por mês e quase toda semana por adolescentes, sem e com diabetes, em algumas dimensões do MAC.

Comparando-se os sexos (n feminino = 131 e n masculino = 108), na Figura 13, percebe-se que as respostas foram semelhantes, não havendo muita discrepância entre os sexos feminino e masculino. A dimensão que denota pequena diferença entre os sexos é aquela classificada como obrigatória (como por exemplo, limpar ou arrumar a casa), uma vez que as mulheres apresentaram percentual maior de atividades com tal característica, em comparação com os homens (vide Figura 13 e Tabela 13 no Anexo D).

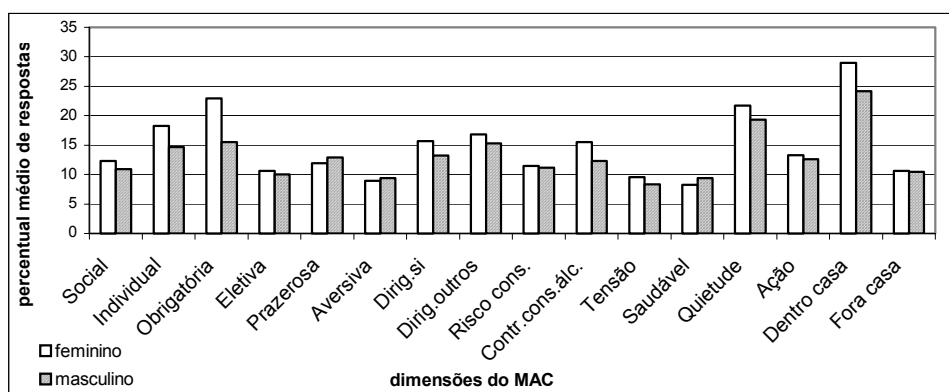


Figura 13 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas uma/duas vezes ao mês e quase toda semana por adolescentes com e sem Diabetes, segundo as dimensões do MAC, por sexo.

Considerando os percentuais médios de respostas por faixa etária, observa-se que os indivíduos com idades entre 18 e 20 anos apresentaram ligeira vantagem de percentual médio de dedicação a atividades classificadas como obrigatórias. No entanto, para eles, as atividades dirigidas para si mesmo apresentaram percentual médio de menções maior. Também as atividades desenvolvidas dentro de casa apresentaram um percentual médio de respostas ligeiramente maior entre os indivíduos de 18 a 20 anos de idade (vide Figura 14 e Tabela 14 no Anexo D).

Ainda em relação aos adolescentes com diabetes, foi feita a análise dos itens que foram acrescentados ao MAC, respondidos apenas por esse grupo. Os itens acrescentados referiam-se apenas a cuidados relacionados ao diabetes; dessa forma, dependendo da frequência das respostas (*nunca, raramente, uma vez por semana, quase toda semana*), classificados em G1= nunca, raramente, G2= uma vez por semana e G3 quase toda semana, pode significar que o adolescente está se prevenindo de futuras complicações da doença ou que complicações já aconteceram e cuidados maiores estão sendo exigidos no momento.

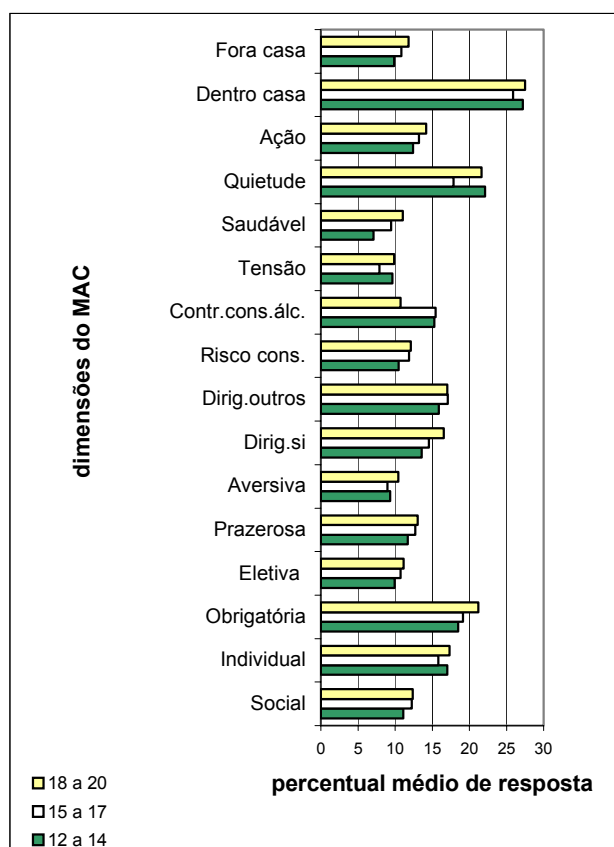
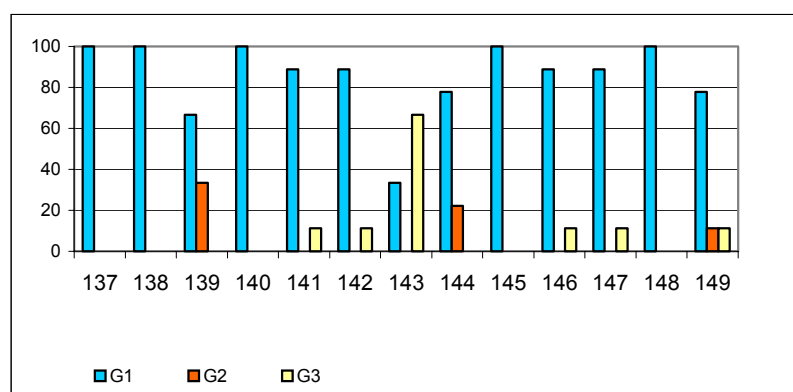


Figura 14 – Percentual médio de atividades cotidianas realizadas *uma/duas* vezes por mês e quase toda semana por adolescentes com e sem diabetes, nas dimensões do MAC, por faixa etária.

A maior parte das atividades citadas não alcançou percentual médio de respostas que possa ser considerado significativo. Para as mulheres, apenas os itens 139 (*freqüentar reuniões/associações*), 144 (*procurar socorro devido à perda de consciência*) e 149 (*tomar remédio para dor de cabeça*) apresentaram um percentual médio de respostas inseridos na freqüência G2 (uma/duas vezes por semana). Os itens 141 (*ir a posto de saúde/hospital/farmácia para medir pressão arterial ou fazer eletrocardiograma*), 142 (*procurar ajuda profissional devido a problemas orais: dentes amolecidos, halitose, problemas na gengiva*), 143 (*procurar cuidados médicos devido a problemas renais*), 146 (*realizar cuidados com a pele devido a problemas de furúnculos, abscessos, etc.*), 147 (*realizar exames médicos a fim de verificar nível*

de colesterol) e 149 (tomar remédio devido à dor de cabeça) tiveram freqüências de respostas inseridas na categoria G3 (quase toda semana). Itens importantes para os cuidados com o diabetes não foram mencionados pelas adolescentes. São eles: 137 (alimentar-se entre os intervalos das refeições), 138 (dedicar-se aos cuidados dos pés), 140 (fazer dieta por ordem médica), 145 (procurar socorro devido a dificuldades na visão) e 148 (tomar muita água) (vide Figura 15 e Tabela 15 no Anexo D).

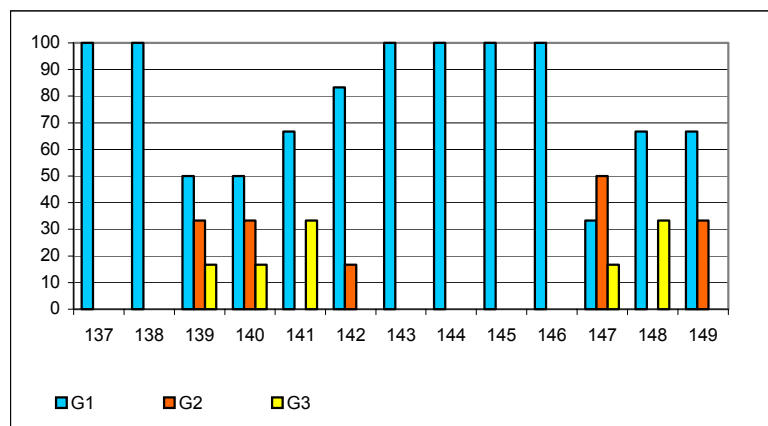


G1= nunca, raramente; G2=uma/duas vezes por semana; G3=quase toda semana

Figura 15 – Percentual médio de respostas de adolescentes com diabetes, do sexo feminino, às questões sobre diabetes acrescentadas ao MAC.

Para os homens, os itens que receberam respostas do tipo G2 (uma/duas vezes por mês) foram: 139 (freqüentar reuniões/associações), 140 (fazer dieta por ordem médica), 142 (procurar ajuda profissional devido a problemas orais: dentes amolecidos, halitose, problemas na gengiva), 147 (realizar exames médicos a fim de verificar o nível de colesterol) e 149 (tomar remédio para dor de cabeça). O tipo de resposta G3 (quase toda semana) foi constatado nos seguintes itens: 139 (freqüentar reuniões/associações), 140 (fazer dieta por ordem médica), 141 (ir a posto de saúde/hospital/farmácia para medir pressão arterial ou fazer eletrocardiograma), 134 (realizar exames médicos a fim de verificar o nível de colesterol), 147 (tomar muita água) e 148 (tomar muita água). Os itens que não foram escolhidos pelos homens foram os seguintes: 137 (alimentar-se entre intervalos das refeições), 138 (dedicar-se aos cuidados dos pés), 143 (procurar cuidados médicos devido a problemas renais), 144 (procurar

socorro devido à perda de consciência ou convulsões), 145 (procurar socorro devido a dificuldades na visão) e 146 (realizar cuidados com a pele devido a problemas de furúnculos, abscessos, etc.) (vide Figura 16 e Tabela 15 no Anexo D).



G1= nunca, raramente; G2=uma/duas vezes por semana; G3=quase toda semana

Figura 16 - Percentual médio de respostas de adolescentes com diabetes, do sexo masculino, às questões sobre diabetes acrescentadas ao MAC.

3.4. O que eles estão fazendo “dentro de casa”?

Com o objetivo de descrever as atividades que os adolescentes (n=239) executam quando estão em casa, foi feito um levantamento das atividades mais frequentes citadas pelos participantes da pesquisa. Nem todas atividades contidas no MAC, que são classificadas como sendo realizadas dentro de casa, foram consideradas, pois várias delas não tiveram quantidade expressiva de respostas. Muitas dessas atividades não foram citadas, nem como sendo realizadas por uma hora durante a semana. As atividades que são apresentadas tiveram frequência alta, merecendo ser destacadas.

A Figura 17 apresenta os principais resultados: quando estão em casa, a maioria dos adolescentes afirmou dedicar seu tempo livre a “assistir a programas na televisão” (93,3%) ou “ouvir música em casa, no som ou no rádio” (90%). Outros resultados interessantes incluem as atividades “assistir novelas” (84,5 %), “tomar banho, ficar em banheira” (82%), “realizar cuidados com a pele” (75,5%) e “assistir a jornais na televisão” (74,5%) (vide Figura 17).

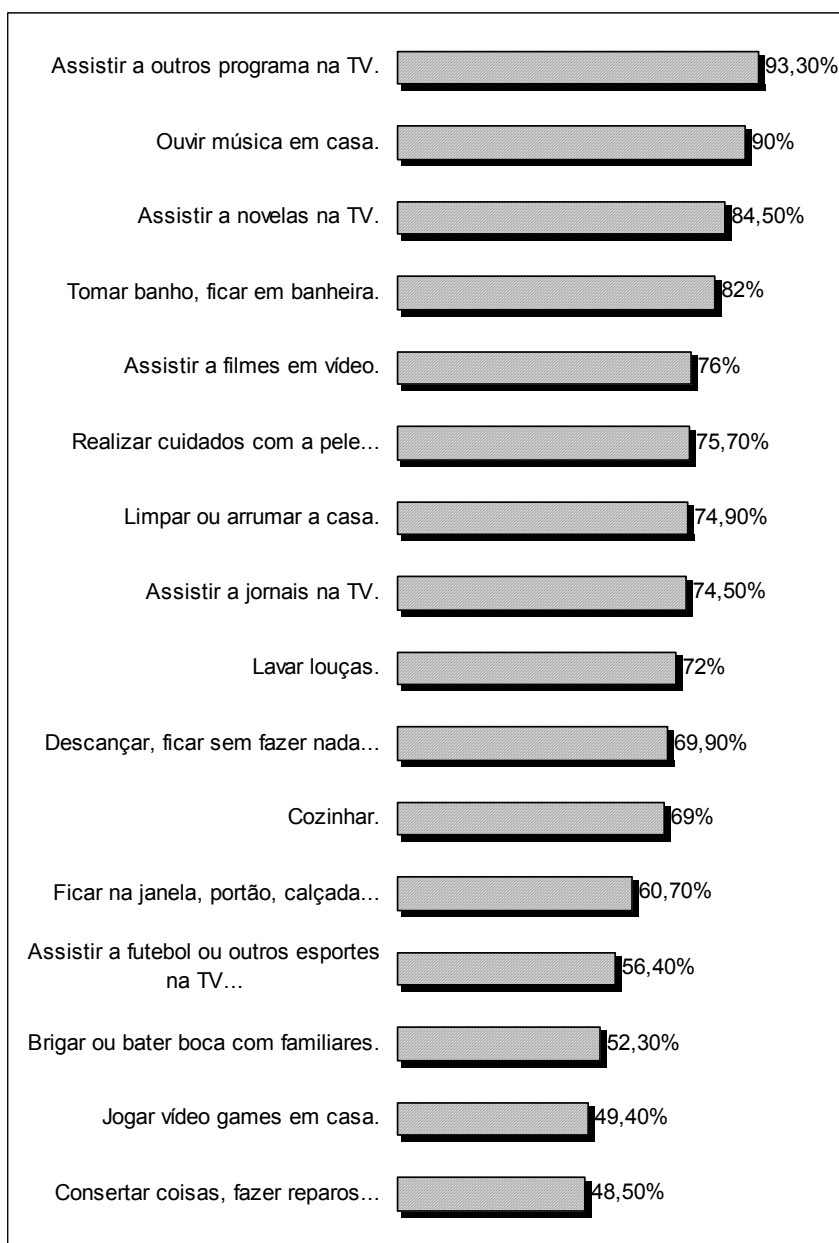


Figura 17 – Percentual do tempo gasto nas principais atividades classificadas no MAC com sendo realizadas dentro de casa, por adolescentes (n=239).

3.5. Dados gerais do MAC

Os dados gerais, a ordem de classificação e as médias semanais de tempo gasto nas dimensões de atividades utilizadas no MAC em todos os grupos – geral (n=239), com diabetes (n=15) e sem diabetes (n=224) - estão apresentados no Quadro 4. Essa disposição dos dados facilita a visualização dos resultados obtidos.

Quadro 4 – Tempo médio semanal gasto em atividades já categorizadas por dimensões do MAC, conforme respostas fornecidas por adolescentes (n=239), por faixa etária.

	<i>Geral (n=239)</i>	<i>Com diabetes (n=15)</i>	<i>Sem diabetes (n=224)</i>
12 a 14 anos	Dirig.p/si (67h) Ação (66h) Eletivas (58h) Dentro casa (53h) Sociais (36h) Saudáveis (36h) Cont.cons.álc.(24h)	Ação (52h) Dirig.p/si (50h) Prazerosas (46h) Dentro casa (39h) Cont.cons.álc. (30h) Sociais (28h) Saudáveis (19h)	Dirig.p/si (85h) Ação (81h) Prazerosas (78h) Dentro casa (68h) Saudáveis (53h) Sociais (45h) Cont.cons.álc.(18h)
15 a 17 anos	Dirig.p/si (71h) Prazerosas (65h) Ação (64h) Eletivas (62h) Dentro casa (51h) Sociais (45h) Saudáveis (41h) Cont.cons.álc.(17h)	Dirig.p/si(69h) Eletivas (57h) Prazerosas (57h) Ação (54h) Dentro casa (47h) Sociais (44h) Saudáveis (40h) Cont.cons.álc.(16h)	Dirig.p/si (74h) Ação (74h) Prazerosas (73h) Eletivas (67h) Dentro casa (56h) Sociais (46h) Saudáveis (43h) C/risco com.álc.(18h)
18 a 20 anos	Dirig.p/si (80h) Ação (83h) Eletivas (66h) Prazerosas (61h) Saudáveis (39h) Dentro casa (39h) Sociais (34h) Cont.cons.álc.(22h)	Ação (104h) Dirig.p/si (101h) Eletivas (81h) Prazerosas (67h) Saudáveis (39h) Sociais (34h) Dentro casa (29h) Cont.cons.álc.(27h)	Ação (62h) Dirig.p/si (59h) Prazerosas (55h) Eletivas (51h) Dentro casa (46h) Saudáveis (40h) Sociais (35h) Cont.cons.álc.(18h)

O Quadro 5 mostra, resumidamente, o tempo médio gasto segundo as dimensões do MAC e sua ordem de classificação, conforme mencionados pelos adolescentes (grupo geral, com e sem diabetes), separados por sexo.

Quadro 5 – Tempo médio semanal gasto em atividades, conforme relatado por adolescentes (n=239), segundo as dimensões do MAC, por sexo.

Sexo	Geral (n=239)	Com diabetes (n=15)	Sem diabetes (n=224)
Masculino	Dirig.p/si (82h) Prazerosas (72h) Eletivas (68h) Ação (68h) Dentro casa (49h) Saudáveis (45h) Sociais (44h) Cont.cons.álc.(18h)	Dirig.p/si (69h) Eletivas (57h) Prazerosas (57h) Saudáveis (40h) Ação (34h) Sociais (37h) Dentro casa (36h) Cont.cons.álc.(20h)	Dirig.p/si (83h) Prazerosas (73h) Eletivas (70h) Ação (70h) Dentro casa (50h) Saudáveis (46h) Sociais (44h) C/risco cons.álc.(18h)
Feminino	Ação (81h) Dirig.p/si(74h) Dentro casa (68h) Prazerosas (65h) Eletivas (65h) Saudáveis (45h) Sociais (41h) Com.cons.álc.(18h)	Ação (72h) Dirig.p/si(63h) Prazerosas(59h) Dentro casa (57h) Eletivas (54h) Saudáveis (40h) Sociais (34h) Cont.cons.álc.(27h)	Ação (81h) Dirig.p/si(75h) Dentro casa (68h) Prazerosas (67h) Eletivas (65h) Saudáveis (46h) Sociais (41h) Cont.cons.álc.(18h)

3.5. O enfrentamento do *Diabetes Mellitus* Tipo 1 pelos adolescentes

Além dos dados obtidos com a utilização do MAC, descritos anteriormente, foram gravadas entrevistas com 15 adolescentes portadores de *Diabetes Mellitus* Tipo 1. As informações assim obtidas foram submetidas à análise qualitativa. Após a transcrição dessas entrevistas, foram elaboradas estruturas em que são descritas as respostas desses adolescentes, para cada tema tratado, segundo proposta de análise de conteúdo. Essa forma de análise pode ser definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1979, apud Minayo, 1999, p. 199).

Uma das formas utilizadas para a execução de uma análise de conteúdo é a análise temática. Nesse tipo de procedimento, são considerados temas, que traduzem assuntos embutidos dentro dos objetivos da pesquisa. A partir desses temas, torna-se possível elaborar unidades de significados, que servem para a interpretação dos dados coletados.

Comentário: NÃO TENHO REFERÊNCIA!!!

Assim, após leitura flutuante do material, foram definidos temas de interesse e, para cada um deles, foi descrito o conteúdo encontrado nas entrevistas. Em seguida, foram elaboradas estruturas, nas quais, alguns sujeitos com Diabetes (n=6) são descritos em suas características particulares, tanto pelo MAC, como pela entrevista realizada. Esses sujeitos escolhidos apresentaram características expressivas em relação ao grupo geral, daí terem sido escolhidos como uma pequena amostra das características mais encontradas no grupo.

1) Momento em que recebeu o diagnóstico

Quando foi diagnosticado o *Diabetes Mellitus* Tipo 1, os adolescentes estavam hospitalizados ou passavam por momentos que exigiam maiores cuidados em relação à saúde, devido aos sintomas da doença que se manifestava. Para a maioria deles, o início da doença se deu de forma abrupta, com uma crise que, conseqüentemente, levou à hospitalização; sendo esta crise prenunciada por sintomas que ainda não causavam maiores problemas. Esse início da doença foi precoce, ocorrendo ainda durante a infância ou já na adolescência; mas, apenas dois entrevistados receberam o diagnóstico antes de terem a possibilidade de entender cognitiva e emocionalmente a doença que se instalava.

Entre os adolescentes que afirmaram não lembrar do momento em que receberam o diagnóstico, estão aqueles que tiveram o início da doença ainda bebês e aqueles que se valeram de tal resposta como expediente para desviar ou mudar de assunto. Apenas uma adolescente havia recebido o diagnóstico há menos de um ano, em relação ao momento da entrevista. A maioria (9 adolescentes) dos entrevistados afirmou não ter tido dificuldades no momento da descoberta do diabetes. Os adolescentes que disseram terem sentido

dificuldades (6 adolescentes) citaram sentimentos de tristeza, medo e classificaram o momento como sendo de significativa dificuldade.

2) Dificuldades por ter diabetes

Quase metade dos adolescentes (7) afirmou sentir ou já ter sentido alguma dificuldade com o diabetes, enquanto os outros (8) não relataram qualquer tipo de dificuldade em relação à doença. Dois entrevistados disseram que não sentiam dificuldades, mas que, no início da doença, tiveram problemas em lidar com ela e para se adaptar a um novo estilo de vida. As maiores dificuldades estavam relacionadas ao futuro (medo e incerteza quanto ao curso da doença); à necessidade de reeducar a alimentação para evitar possíveis complicações com a doença; dificuldade de se adaptar a uma rotina de compromissos sociais (trabalho, escola, festas) face às freqüentes idas a médicos e a laboratórios químicos para exames; à perda de liberdade de escolha quanto à alimentação e às dificuldades de se manter em dieta estando na companhia de amigos não diabéticos.

2) Controle do diabetes

Todos os adolescentes entrevistados afirmaram fazerem uso de insulina pelo menos uma vez por dia. Apenas 8 deles citaram a dieta como tarefa diária (apesar de, em alguns momentos, fugirem da rotina alimentar de maneira assumida). Quatro adolescentes citaram os exercícios físicos como uma maneira de driblar os efeitos do diabetes. Apenas uma adolescente afirmou praticar todos os cuidados necessários: insulina, dieta e exercício. Os adolescentes citaram vários meios que utilizam para controlar o diabetes: encarar a realidade foi citado como uma atitude que contribui para o bom controle da doença; a busca de orientação médica; a compra de produtos dietéticos; a redução da alimentação, com a elaboração de um plano de dieta balanceada e a prática de exercício físico. A falta de adesão ao tratamento foi identificada em apenas uma adolescente que afirmou não tomar qualquer cuidado adicional com a saúde, comprometendo-se apenas com a insulino terapia.

4) Pessoas que ajudam

A maior parte (9) dos adolescentes citou a ajuda dos familiares como a forma mais importante para se lidar com as dificuldades do diabetes. Também pessoas que estão fora do ciclo familiar, como amigos e colegas, foram mencionados como importantes para a superação dos obstáculos (4 sujeitos). Em terceiro lugar, foram citadas as pessoas que trabalham no serviço de saúde no qual recebem atendimento médico, como tendo papel importante na superação de problemas provenientes da doença. Apenas uma entrevistada não indicou alguém como importante para a superação das dificuldades com o Diabetes.

5) Situações que ajudam a conviver com a doença

Dentre as situações que ajudam a superar as dificuldades com o diabetes, foram citadas, por um entrevistado, as reuniões multidisciplinares realizadas pelo serviço de saúde. Também foram citadas, com menor frequência, as seguintes situações ou eventos: exemplos dados pelas pessoas, realização de exames médicos laboratoriais, uso da insulina, estudos que ensinam a conhecer melhor os mecanismos do diabetes e os ganhos secundários da doença, como o atenção diferenciada oferecida pelos pais. Outro grupo entrevistado (8) não citou situações que pudessem ser classificadas como importantes na superação das dificuldades com a doença.

6) Ajuda mais importante

A maior parte dos entrevistados (8) afirmou que a ajuda mais importante provém dos amigos e familiares. Outros dois disseram que todos os tipos de ajuda são importantes, com o mesmo peso. Os cuidados com a doença (1) e a insulino terapia (2) também foram classificados como os mais importantes para o enfrentamento da doença. Apenas dois entrevistados não responderam à questão.

7) Fato anterior ao diagnóstico

Poucos adolescentes (5) não relacionaram algum fato ocorrido antes do diagnóstico com a aquisição do diabetes. Dentre os que relacionaram acontecimentos, 4 atribuíram à ocorrência de morte na família (pai, irmão, tio) como desencadeadores da doença. Também foram citados os seguintes motivos: o fato dos pais serem primos (1); fraqueza sentida antes do diagnóstico (1); ter comido muito doce antes do surgimento dos principais sintomas (1); tratamento de saúde invasivo (uso de colete para escoliose) (1); e ter nascido com a doença (2).

8) Motivo por ter adquirido a doença

A maior parte (10) dos entrevistados disse acreditar que o diabetes foi adquirido por fatores hereditários. Duas pessoas evocaram motivos emocionais, causados por morte na família, para justificar a doença. Dois entrevistados disseram acreditar que ficaram diabéticos por terem comido doces em demasia e uma afirmou não saber a resposta para essa questão.

9) Ter diabetes afeta o dia - a - dia

A maior parte (10) dos entrevistados afirmou não ter o seu dia-a-dia afetado pelo fato de ser portador de uma doença crônica como o diabetes. Dentre os que disseram se sentir afetados, cinco citaram como dificuldades os seguintes aspectos: impedimento para se estabelecer de forma fixa em um trabalho; problemas escolares devido às faltas habituais para tratamento de saúde; dificuldade em manter programas sociais em virtude da aplicação da insulina; aplicação de insulina percebida como um fardo diário; não poder cumprir tarefas domésticas pela inconstância da taxa de glicose, que causa fraqueza e desânimo; proteção exagerada de amigos e familiares. As maneiras citadas de lidar com esses problemas, entre aqueles que disseram se sentir afetados em suas tarefas diárias, foram: encarar a realidade; comprar coisas dietéticas; e não

deixar a doença se tornar fato público; tentar não ficar triste ou chateado; não dar atenção para o fato de ser portador de uma doença crônica.

10) Coisas que os amigos fazem

A maior parte (9) dos entrevistados não citou frustrações quanto a não poder fazer as mesmas atividades que seus amigos. Uma adolescente afirmou que não se sentia frustrada, pois não via diferença entre ela e seus companheiros, uma vez que também comia doces. Dois desses adolescentes que disseram não se sentir frustrados afirmaram que, no início, tiveram dificuldades e que, exceto dieta e o fato de não poderem comer doces, não viam diferenças. Entre aqueles que alegaram haver diferenças entre eles e seus amigos, seis explicaram não conseguir competir da mesma forma no mercado de trabalho; não poder ter o mesmo tipo de alimentação e, principalmente, o fato de que não poder ingerir doces.

3.5. Estruturas de caracterização dos sujeitos

3.5.1. Estrutura 1

Sexo: feminino; idade: 14 anos.

Luiza (nome fictício) é uma adolescente de 14 anos de idade, residente em casa modesta, em bairro de periferia da Grande Vitória, ES, com a mãe e um irmão. Seus pais se separaram há algum tempo, o que lhe causou grande revolta, na sua avaliação.

É solteira, não tem filhos e trabalha como doméstica. Abandonou os estudos por desinteresse e dificuldades, tendo concluído o 5.º ano do Ensino Fundamental. Declarou ser religiosa, freqüentando igreja protestante pelo menos quatro vezes por semana.

Na sua rotina, além de trabalhar fora, costuma cumprir as tarefas da casa. Nos momentos em que não está no trabalho, na Igreja ou “batendo perna na rua” com amigos, prefere ficar em casa assistindo televisão ou dormindo.

Luiza ocupa seu tempo da semana em atividades que envolvem ação (63 horas), como andar de bicicleta e “bater perna”; que são prazerosas (média de 50 horas semanais), como assistir futebol ou novela; que são

realizadas dentro de casa (44 horas), como cozinhar e descansar; que são dirigidas para si (41 horas), como dormir durante o dia; eletivas (41 horas), como escolher filme em locadora; sociais (36 horas), como estar com amigos; que são voltadas ao controle para consumo de álcool (34 horas), como fazer orações; e que são saudáveis (17 horas), como tomar banho e visitar amigos.

Há três anos, recebeu o diagnóstico do *Diabetes Mellitus* Tipo 1 e, desde então, passou a ser atendida por especialistas da rede pública de saúde municipal. Utiliza medicação (insulina) duas vezes ao dia, aplicando uma injeção pela manhã e outra à noite, antes do jantar.

O início do diabetes se deu com sintomas comuns, na infância Luiza urinava muito na cama em que dormia e comia demasiadamente. Sua mãe, já experiente com os sintomas da doença, identificou o problema, proibindo a menina de comer doces. A mãe providenciou, então, a consulta na unidade de saúde, onde teve o diagnóstico de Diabetes confirmado.

Luiza acredita que adquiriu o diabetes devido a fatores hereditários. Sua mãe recebeu o diagnóstico do diabetes há mais de quinze anos e Luiza, desde pequena, a acompanhava durante as consultas. Em sua concepção, comer muito doce é um outro fator que desencadeou o diabetes.

Não tem adesão total ao tratamento, com a desculpa de não poder ter produtos adequados para o seu consumo. Assim, Luiza não cumpre a dieta prescrita pelo médico, afirmando ter ficado “revoltada” com o fato do pai ter saído de casa, separando-se da família. Deposita toda a culpa por não cumprir a dieta no comportamento do pai. Apesar deste estar desempregado, Luiza acredita que ele teria condições de lhe comprar os produtos de que necessita, pois está recebendo seguro-desemprego: “(...) *ele não compra porque é ruim mesmo!*”. Além disso, Luiza diz que tem dificuldades em seguir a dieta, porque gosta muito de doces.

Mesmo assim, Luiza diz sentir dificuldades com a doença, devido ao fato do pai estar desempregado e não poder comprar produtos dietéticos para consumo da filha. Está sempre irritada, principalmente por sempre ser lembrada de que não pode ingerir doces. Sua mãe é quem mais se preocupa, mas é a pessoa que menos parece conseguir ajudar de fato, uma vez que, para Luiza, a mãe é quem mais lhe aborrece com tantas recomendações. Além disso, não

gosta de ter que se aplicar injeções todos os dias: “... é *um saco, todo dia acordar e estar se furando!*” (Luiza)

Dentre as tarefas do MAC que estão relacionadas ao diabetes, Luiza pratica: cuidado aos pés; freqüenta reuniões/associações; ir a posto a fim de fazer eletrocardiograma; procurar ajuda profissional por problemas orais e dificuldades na visão; realizar cuidados com a pele; fazer exames para checar taxa de colesterol; tomar muita água e remédio para dor de cabeça. Entre os cuidados que Luiza não pratica, estão: fazer dieta por ordem médica ou por estética. Gasta em média 8 horas semanais assistindo a programas na TV, como jornais, novelas e outros programas, que são classificadas pelo MAC como individuais, eletivas, prazerosas, dirigidas para si, de quietude e desenvolvidas dentro de casa.

Ela relata ter apoio social nos amigos que freqüentam o mesmo templo religioso. Esses amigos tentam ajudá-la, não apenas através de apoio social, mas também tentando incentivar a prática da dieta. Em ocasião de festas, não se esquecem de providenciar iguarias que a menina possa comer.

3.5.2 - Estrutura 2

Sexo: masculino; Idade: 14 anos

Renato (nome fictício) é um adolescente de 14 anos de idade, que reside com os pais e irmãos em bairro de periferia da Grande Vitória, ES. Tem sete irmãos, todos mais velhos do que ele. É solteiro e não tem filhos. Não desempenha qualquer atividade profissional e, no momento, dedica-se apenas aos estudos. Em colégio da rede pública estadual de ensino, cursa o 6.º ano do Ensino Fundamental.

Adota a religião protestante, freqüentando a igreja duas vezes por semana, junto com familiares.

No cotidiano, ainda não tem outras responsabilidades além de seus estudos, por isso passa os seus dias com amigos, brincando na rua ou na casa de alguns deles.

Renato dedica grande parte de seu tempo semanal a atividades dirigidas para si (36 horas), como andar de bicicleta e assistir à televisão; eletivas (34 horas), como bater perna e brincar com irmãos; prazerosas (32 horas), como

conversar com amigos na escola ou dormir durante o dia; atividades que envolvem ação (32 horas), como escrever, pintar, desenhar ou ir ao banco; com controle para o consumo de álcool (20 horas), como fazer orações; saudáveis (19 horas), como exercitar-se por recomendação médica; fora de casa (19 horas), como fazer compras do dia-a-dia; e que são sociais (17 horas), como ir a festas.

Recebeu o diagnóstico do *Diabetes Mellitus* Tipo 1 há dois anos e meio e, desde então, vem sendo atendido pela rede pública municipal de saúde. Aplica-se injeções de insulina duas vezes por dia. Renato acredita que a causa da doença seja hereditária, pois seus tios e avós também tinham a doença.

É um rapaz introvertido, que fala de sua doença de forma simples e direta. Apesar de não lembrar do momento exato em que ficou doente, Renato afirma que passou a sentir-se fraco, com dificuldades na escola e sua mãe, no intuito de ajudar, dava-lhe muitos alimentos calóricos, pois pensava que poderia ser apenas uma anemia. No início, sentia dificuldades para se adaptar à nova rotina, mas, com o tempo, passou a lidar facilmente com a doença, não tendo problemas para seguir a dieta, aplicar as injeções ou controlar os níveis glicêmicos.

O irmão mais velho é uma pessoa representativa na vida de Renato, pois é quem aconselha e ajuda o irmão em suas tarefas diárias e nos cuidados com a doença. Considera que também as orientações médicas têm peso importante para o controle do diabetes.

Dentre as atividades acrescentadas ao MAC que estão relacionadas ao diabetes, Renato realiza: dieta por ordem médica; ir a posto ou hospital para medir pressão arterial ou fazer eletrocardiograma; procurar cuidados médicos devido a problemas renais; exames para verificar níveis de colesterol; tomar muita água; tomar remédio para dor de cabeça. O que Renato não faz: freqüentar reuniões/associações; procurar socorro devido a convulsões ou a dificuldades na visão; realizar cuidados de pele.

Não se sente frustrado por causa da doença, alegando que não há nada que seus amigos façam que ele não possa fazer. Acha que não tem impedimentos no seu dia-a-dia, pois, para ele, é importante não se deixar levar pelos entraves do diabetes.

3.5.3. Estrutura 3

Sexo: feminino; idade: 17 anos

Joana (nome fictício) é uma jovem de 17 anos de idade que mora com seus pais e irmãos em um bairro de periferia da Grande Vitória, ES. É a filha mais velha de uma família de cinco pessoas. É solteira, não tem filhos e trabalha como telefonista de uma empresa local. Atualmente, está completando o 3.º ano do Ensino Médio. É católica, mas não frequenta igreja.

A sua rotina inclui trabalhar, estudar, assistir televisão e namorar. Gostaria de ter maior liberdade para sair de casa e se divertir, pois o pai costuma controlá-la de modo demasiado, em sua avaliação.

Esta jovem dedica seu tempo, na semana, aos seguintes tipos de atividades: dirigidas para si (30 horas), como desenvolver atividade de estágio ou ler jornal ou revista; sociais (25 horas), como ajudar outras pessoas em tarefas escolares ou conversar com amigos; atividades que são realizadas dentro de casa (24 horas), como assistir televisão ou brigar/bater boca com familiares; atividades eletivas (23 horas), como ouvir música ou dormir durante o dia; e atividades que envolvem ação (23 horas), como ir a festas de crianças ou adultos ou exercitar-se em academia.

Recebeu o diagnóstico do diabetes há sete meses, a contar da data da entrevista, e ainda não se sente adaptada em relação ao quadro de diabetes.

Lembra-se do momento em que recebeu a notícia de que tinha diabetes como um momento difícil. A doença foi detectada após meses de sintomas, que culminaram com uma crise de hiperglicemia. Esta crise lhe causou fortes câibras, levando-a à internação. Nesse momento, foram feitos exames que constataram o diabetes. Atualmente, Joana faz aplicações de insulina três vezes ao dia.

Ela atribui a causas psicológicas o surgimento da doença: acredita que tensões emocionais, causadas por discordâncias familiares, foram decisivas para que o *Diabetes Mellitus* se instalasse. Além disso, cita hábitos alimentares como causadores de seu estado de saúde atual.

Ela diz que tenta seguir as recomendações médicas, mas, até o momento, não se conforma com a presença do diabetes em sua vida e não

considera que existam fatos ou pessoas que lhe ajudem a conviver com essa doença.

Entre as atividades acrescentadas ao MAC, que estão relacionadas ao diabetes, Joana pratica: cuidados com os pés e com a pele; dieta por prescrição médica; procurar ajuda de profissionais devido a problemas orais; procurar socorro devido a perda de consciência e convulsões; realizar exames médicos a fim de controlar o colesterol; tomar muita água. Atividades que Joana não faz: freqüentar reuniões/associações; procurar cuidados médicos devido a problemas renais ou por dificuldades na visão; tomar remédio para dor de cabeça.

Considera o diabetes um fator impeditivo no seu dia-a-dia. Muitas vezes, sente-se tolhida pelos cuidados exigidos pela doença, deixando de realizar passeios e outras atividades de diversão.

Sente-se incapaz de lidar com a frustração de não poder comer doces e sente-se diferente de seus amigos que não possuem restrições alimentares. Também a família de Joana parece viver conflitos devidos a sua doença: os pais se tornaram muito restritivos, principalmente o pai que já a impedia de sair normalmente, e a mãe queixa-se de que a filha não coopera com o tratamento.

3.5.4. Estrutura 4

Sexo: masculino; idade: 16 anos.

Ricardo (nome fictício) é um rapaz de 16 anos de idade, que mora com mãe e padrasto em bairro de periferia da Grande Vitória, ES. É solteiro, não tem filhos e não exerce atividade profissional. Atualmente, cursa o 1.º ano do Ensino Médio. É católico e costuma ir à igreja uma vez por semana.

As atividades mais cumpridas na semana por este adolescente, são: em primeiro lugar as tarefas dirigidas para si (79 horas), como andar de bicicleta ou escrever cartas; a seguir, atividades que são prazerosas (66 horas), como jogar vídeo-games ou baralho; eletivas (63 horas), como estar com amigos ou ouvir música; realizadas dentro de casa (45 horas), como limpar ou arrumar casa ou assistir a programas na televisão; de quietude (42 horas), como navegar na Internet ou tomar banho; saudáveis (39 horas), como namorar ou estar com amigos; e sociais (37 horas), como ir a festas de adultos ou crianças.

O diagnóstico do diabetes foi realizado aos sete anos de idade (há nove anos atrás) e já recebia atendimento da rede de saúde pública municipal antes do diagnóstico. Soube da doença através de sua mãe, quando a mesma foi injetar-lhe a insulina e noticiou sobre a necessidade de seguir dieta.

O surgimento dos sintomas ocorreram na fase em que o pai de Ricardo estava internado em fase terminal de câncer. O menino diz que foi aconselhado a não demonstrar seus sentimentos de tristeza ao pai, para que este não se sentisse culpado pelo sofrimento do filho. Ricardo acredita que o fato de ter reprimido os seus sentimentos lhe causaram problemas emocionais, que, por sua vez, provocaram o surgimento dos sintomas do diabetes. Apesar disso, não consegue entender os mecanismos que levaram o pâncreas a não mais produzir a insulina.

Alega aderir ao tratamento, pois cumpre a dieta aconselhada pelo serviço médico, além de fazer exercícios físicos. Costuma freqüentar as reuniões de auxílio aos adolescentes com diabetes, oferecido pelo serviço do qual faz parte, o que demonstra seu empenho nos cuidados com sua saúde.

Entre as questões acrescentadas ao MAC, relacionadas ao diabetes, Ricardo pratica: dedicar-se aos cuidados dos pés; fazer dieta por recomendações médicas; procurar ajuda por problemas orais; realizar exames médicos a fim de verificar níveis de colesterol; tomar muita água e remédio para dor de cabeça. Dentre as que não faz, estão: freqüentar reuniões/associações; procurar serviço médico para medir pressão arterial ou fazer eletrocardiograma; procurar socorro devido a problemas renais, convulsões ou perda de consciência, perda na visão e por problemas de pele.

Considera a mãe a pessoa mais importante para lhe ajudar a lidar com os problemas causados pelo diabetes, mas os amigos também são citados como importantes. Procura ter uma vida normal, realizando as mesmas atividades que seus amigos.

Acha que a sua vida é igual a de qualquer adolescente e prefere não divulgar corretamente o motivo de escolher sempre os alimentos dietéticos. Quando é indagado sobre sua alimentação, prefere dizer que está fazendo dieta para emagrecer, apesar de não ser gordo.

3.5.4. Estrutura 5

Sexo: feminino; idade: 20 anos.

Karina (nome fictício) é uma moça de 20 anos de idade, casada há um mês e, atualmente, mora com o esposo em cômodo os fundos da casa de sua família. Não tem filhos e não concluiu o Ensino Médio devido a dificuldades de acompanhamento escolar. Não exerce atividade profissional, possui religião e frequenta igreja protestante uma vez por semana.

A rotina de Karina inclui cuidar dos afazeres da casa e assistir televisão. Não faz muitos passeios, pois, no momento, ela e o esposo estão em contenção de despesas, para que possam comprar objetos para a casa.

As atividades a que Karina mais dedica seu tempo na semana, são: aquelas realizadas dentro de casa (135 horas), como limpar a casa e cozinhar; atividades que envolvem ação (114 horas), como ajudar outras pessoas em tarefas escolares ou cuidar de cachorro; que são dirigidas para si mesmo (85 horas), como bater perna na rua ou em *shopping center*; que são eletivas (80 horas), como assistir televisão ou escolher filme em locadora; que são prazerosas (65 horas), como namorar ou ouvir música; e que são cumpridas individualmente (65 horas), como cozinhar ou lavar louças.

Recebeu o diagnóstico do diabetes aos três anos de idade (há dezessete anos atrás) e faz a aplicação de insulina duas vezes ao dia.

Quando sua mãe descobriu que Karina estava com diabetes, a menina estava muito magra, apresentava sinais de poliúria, polidipsia e polifagia. Pouco antes do surgimento da doença, a família havia atravessado uma fase de dificuldades com um outro irmão de Karina, que estava muito doente por ter sido agredido por um cão em seu órgão sexual. Este irmão veio a falecer quando a mãe estava grávida de Karina. Esta acredita que o sofrimento que a mãe passou afetou de alguma forma o seu desenvolvimento. Entretanto, o seu Diabetes não foi adquirido na concepção e, por ser hereditário, já a acompanhava quando nasceu, apesar de ter sido descoberto apenas aos três anos de idade.

Sua adesão ao tratamento ainda é parcial: Karina diz que não sente dificuldades em relação à alimentação, pois não gosta de consumir açúcar. Não pratica exercícios físicos por sentir-se desanimada, mas planeja começar a fazer caminhadas em companhia do esposo, que a incentiva.

Dentre as questões do MAC relacionadas com o diabetes, Karina realiza: freqüentar reuniões/associações, fazer dieta por ordem médica; procurar ajuda profissional devido a problemas orais, renais e de visão; realizar cuidados com os pés e a pele; tomar muita água ou remédio para dormir. Dentre os que não realiza, estão: procurar serviço médico para medir pressão arterial, fazer eletrocardiograma ou fazer exames para verificar níveis de colesterol; procurar socorro devido a convulsões.

Considera que a mãe e outros membros da família, de um modo geral, são aqueles que mais a ajudam a contornar as dificuldades com a doença. Percebe, inclusive, que tem ganhos secundários com o fato de ser doente crônica. Sua irmã muitas vezes questiona os motivos de Karina merecer tantas regalias por parte dos pais.

A religiosidade de Karina confere alto senso de altruísmo, pois diz-se sentir recompensada ao ajudar as pessoas a resolverem seus problemas. Em contrapartida, sente-se também auxiliada, aprendendo a lidar com suas próprias dificuldades.

Karina diz sentir dificuldades em relação à escola e ao trabalho, pois o fato de ter uma doença crônica exige que dedique parte do tempo a serviços médicos, falta que, muitas vezes, impedem o bom andamento escolar ou profissional. Considera também que os afazeres domésticos tornam-se mais difíceis, pois as atividades intensas lhe causam descompensação, levando-a a sentir-se sem forças físicas para terminar as tarefas. Essas dificuldades geram sentimentos de auto-desvalorização, fazendo com que se sinta triste e aborrecida.

Apesar das dificuldades mencionadas, Karina diz-se confiante e acredita que o seu problema não é maior do que o de muitas outras pessoas. Vislumbra a possibilidade de que descubram a cura para o diabetes.

3.5.5. Estrutura 6

Sexo: masculino; idade: 20 anos

Eduardo (nome fictício) é um rapaz de 20 anos que mora com a mãe e uma prima em bairro de periferia da Grande Vitória, ES. Não tem irmãos, nem filhos e seu pai é falecido. Trabalha no restaurante da mãe e já completou o

Ensino Médio. Frequenta a igreja católica, participando de grupos de orações pelo menos uma vez por semana.

A rotina de Eduardo: dedica-se ao trabalho e, após o expediente, prefere ficar em casa assistindo programas na televisão ou sair com os amigos para praia, bailes ou boates.

As atividades do MAC mais cumpridas na semana por Eduardo são: em primeiro lugar, as atividades dirigidas para si mesmo (155 horas), como andar de bicicleta ou tomar sol; atividades que envolvem ação (151 horas), como fazer compras ou exercitar-se; atividades eletivas (139 horas), como assistir televisão ou cuidar de jardins e plantas; atividades prazerosas (118 horas), como escolher filme em locadora ou ler jornal/revista; saudáveis (106 horas), como conversar com amigos ou exercitar-se em academia; e sociais (97 horas).

Recebeu o diagnóstico de diabetes há cerca de dez anos. Afirma que, além de fazer uso de insulina duas vezes ao dia, também utiliza chás caseiros, pois acredita que podem ajudar no controle glicêmico.

Quando recebeu o diagnóstico, Eduardo ficou bastante assustado por ter adquirido uma doença crônica, pois estava emagrecendo muito e uma vida nova deveria ser iniciada. Ficou muito triste com o fato e até perdeu um ano na escola devido a dificuldades em aceitar sua condição de doente crônico. No momento, não sente mais essas dificuldades, uma vez que a fase inicial, considerada a mais difícil, já passou. Analisa ter uma vida normal, como seus amigos adolescentes, apesar de ser necessário fazer uso diário da insulina.

Eduardo atribui ao fato de ter ingerido muito chocolate o surgimento do diabetes. Além disso, julga que a doença é hereditária, uma vez que o seu pai também era diabético. Este último, já falecido, não seguia as recomendações médicas e sofria muito com os sintomas da doença. Por muitos anos, o diagnóstico permaneceu desconhecido, tanto que o pai teve os dedos dos pés amputados.

Sua adesão ao tratamento é parcial, pois Eduardo confessa que, apesar de manter a dieta, às vezes ingere alguns alimentos que não deveria; procura, porém, não abusar do açúcar.

Dentre as atividades relacionadas ao diabetes, Eduardo realiza: dedicar-se aos cuidados com os pés; procurar serviço médico para medir pressão

arterial, fazer eletrocardiograma ou exames para verificar taxa de colesterol; procurar ajuda profissional devido a problemas orais; realizar cuidados com a pele; e tomar muita água. Dentre as que Eduardo não realiza, estão: freqüentar reuniões/associações; e procurar cuidados devido a problemas renais, por convulsões ou por dificuldades na visão.

Para ele, os amigos estão em primeiro lugar no quesito ajuda quanto à convivência com a doença. Todos eles sabem dos cuidados necessários, em caso de emergência, quando saem para festas e consomem bebidas alcoólicas ou doces. Entretanto, procura manter o controle, fazendo exames rotineiramente e exercícios físicos.

Não se sente impedido de participar de atividades sociais, procurando divertir-se, mesmo tendo que usar insulina em público. Diz não sentir incômodo devido ao diabetes, mas considera que, às vezes, as pessoas exageram nos cuidados, tentando controlar as suas ações.

4. DISCUSSÃO

Os dados encontrados nesta pesquisa tendem a confirmar alguns apontamentos referidos na introdução. É fácil perceber que vários dados representam, e até mesmo confirmam, as concepções de senso comum sobre a adolescência, vividas e aceitas pelas pessoas de forma geral. Esses jovens estudados parecem cumprir com bastante destreza os papéis a eles sugeridos ou designados, apesar da adolescência ser vista por alguns teóricos como uma fase de rebeldia e de inconformismo.

No entanto, a inconformidade pode existir, por exemplo, em alguns jovens com diabetes que não entendem o motivo de terem que conviver com uma doença crônica, mas é a tônica entre os adolescentes com diabetes estudados. Entretanto, alguns desses adolescentes vêem o diabetes como um dano ou um problema sério, o que pode ser explicado pelo fato de terem recebido o diagnóstico há menos tempo do que os outros. Nesse sentido, o diabetes é visto como um fator de impedimento apenas enquanto não se estabelece o hábito e a rotina de cuidados com a doença.

Como já foi dito anteriormente, o *Diabetes Mellitus* Tipo 1 não é uma doença incapacitante a ponto de causar modificações extremas, e alguns

sentimentos de impotência em relação à condição de ser doente crônico podem surgir em qualquer pessoa, de qualquer idade, dependendo do estilo de vida pré-existente e do grau de readaptação que a doença irá exigir.

Assim como os adolescentes sem diabetes seguem alguns padrões impostos pela família, pelos amigos, pelos meios de comunicação e pela sociedade de maneira geral, o adolescente com *Diabetes Mellitus* também sofre essas influências. Da mesma forma, ele tem dificuldades para lidar com situações que exigem modificações dos padrões de comportamento, como mudanças nos hábitos alimentares e nas atividades diárias.

É importante também que os resultados sejam analisados do ponto de vista da questão de gênero.

Todos os adolescentes, com e sem diabetes, tenderam a praticar os mesmos tipos de atividades, com ordens de escolhas parecidas. Por exemplo, todos os grupos disseram cumprir menos atividades aversivas do que prazerosas, e também realizar menos atividades dirigidas para os outros do que dirigidas para si mesmos. No entanto, a ordem de prioridade e o tempo médio semanal dedicado às atividades, para cada grupo, foi diferente, havendo algumas semelhanças entre os grupos. Considerou-se que tanto as semelhanças quanto as diferenças têm um significado importante para a análise.

O fato de praticarem, primeiramente, atividades voltadas para si mesmo, denota o quanto todos esses jovens sem e com diabetes, estão preocupados em organizar suas próprias vidas. Estão realizando tarefas que envolvem interrelações pessoais, demarcando o caráter de grupo, característica freqüente nessa fase do desenvolvimento, como afirma Harris (1999). Os dados indicam que esses jovens podem estar recebendo influência de seus pares, uma vez que suas atividades são, predominantemente sociais. De outro lado, esses jovens não estão na rua, pois houve predomínio de atividades realizadas dentro do próprio lar. O fato da maioria ainda ser estudante e não trabalhar pode aumentar essa freqüência de atividades dentro de casa e, até mesmo, aumentar as chances de se relacionarem com seus pais e familiares. No entanto, o que eles estão fazendo em suas casas?

Um relacionamento tranqüilo entre pais x filhos x irmãos não foi encontrado nesta pesquisa, pois parte das atividades executadas dentro do lar

estão inseridas na categoria “brigar ou bater boca com familiares”. Talvez essa situação decorra de comportamentos questionadores dos jovens, que visam fazer com que os pais reavaliem suas atitudes em relação aos filhos. Entretanto, não é possível afirmar até que ponto essas possíveis brigas são sinônimos de conflitos entre pais e filhos. Em relação aos jovens com diabetes, as discussões podem ocorrer devido dos pais, principalmente as mães, exercerem o papel de ‘vigilantes’ dos cuidados exigidos pela doença crônica. São as mães que mais se preocupam em saber se os filhos estão seguindo corretamente a dieta prescrita pelo médico e, principalmente, se estão se comportando de maneira adequada. Assim, o jovem pode sentir-se questionado em sua capacidade de autogerenciamento.

O tempo gasto assistindo televisão, não diferenciou esses adolescentes em relação aos jovens estudados, na década de 60, por Mascellani e colaboradores (citados por Pfromm Neto, 1977) e por Zagury (1996), na década de 1990. Os adolescentes aqui pesquisados, quando realizam atividades dentro de casa, em primeiro lugar, estão assistindo programas variados ou novelas na televisão.

Dedicar grande parte do tempo a assistir programas de televisão, como novelas, programas e filmes (que são atividades prazerosas, eletivas, saudáveis, individuais, e, principalmente, realizadas dentro de casa, segundo classificação do MAC), pode indicar que os meios de comunicação têm tido grande espaço para influenciar a vida desses jovens. Para os adolescentes com diabetes, isso pode, essa situação pode afetar sua adesão ao tratamento, uma vez que, na televisão, há um grande incentivo ao consumo de produtos impróprios ou inadequados para o controle glicêmico e a saúde de forma geral, como o álcool e outros alimentos doces ou hipercalóricos. Os programas televisivos podem ter impacto não somente sobre os jovens diabéticos, mas também sobre aqueles que *ainda* não adquiriram, mas têm predisposição para essa doença crônica. Alguns adolescentes sem indicação para o diabetes podem vir a fazerem parte das estatísticas de jovens que adquirem o *Diabetes Mellitus Tipo 2*, pois a manifestação dessa doença deve-se, principalmente, a maus hábitos alimentares, às vezes incentivados pela TV. Não só os maus hábitos alimentares, mas também o uso de cigarro é incentivado pelos programas

na televisão, apesar propagandas serem proibidas pelo Governo Federal. Assim, esses dados aqui apresentados podem ser preocupantes.

Além de assistir televisão, esses jovens também ouvem música com frequência, corroborando os dados de Zagury (1996).

Outras atividades realizadas dentro de casa, como limpar ou varrer a casa e lavar a louça foram freqüentes no grupo estudado.

As moças disseram praticar mais atividades em casa do que os rapazes, de forma geral, possivelmente realizando mais serviços domésticos do que eles, como é comum em nossa cultura.

A realização de mais atividades prazerosas do que aversivas pode ser explicado pelo fato de serem, na maioria, estudantes, tendo tempo para se dedicar a atividades, como conversar com amigos na rua, “bater perna”, andar de bicicleta ou dormir durante o dia.

Confirmando dados de pesquisa realizada na década de 60 sobre adolescentes mais novos, os resultados obtidos apontaram que na faixa de 12 a 14 anos de idade dedica-se considerável parte do tempo a atividades realizadas dentro de casa. Apesar desse grupo se dedicar a atividades dirigidas para si, ocupam-se mais com tarefas sociais do que individuais, levando a crer que estejam cumprindo afazeres dentro do lar e relacionados à família. Não se sabe, porém, se esses jovens estão em casa por falta de opção ou por escolha própria. Fato é que, por serem estudantes de escolas públicas, há maior probabilidade de que façam parte de grupos sócio-econômico desfavorecidos, com menos opções de lazer fora de casa.

Confirmando o peso da atividade profissional nas tarefas dos jovens, o grupo de 18 a 20 anos apresentou uma dedicação maior às atividades que são classificadas como de ação/atividade. Os outros dois grupos disseram dedicar menor tempo a esse tipo de atividade, por ainda estarem envolvidos somente com tarefas escolares. Em contrapartida, a maioria dos jovens de 18 a 20 anos alegou cumprir atividades profissionais e escolares, permanecendo menos tempo em casa e, conseqüentemente, executando menos tarefas domiciliares.

Envolver-se com menor frequência em atividades aversivas e que provocam tensão foi mais característico dos indivíduos mais velhos (18 a 20

anos), talvez por já estarem mais estabilizados (trabalham, estudam e por isso têm menos tempo para outras atividades).

Também o grupo de adolescentes entre 18 a 20 anos de idade tendeu a dedicar menor tempo às atividades de risco para o consumo de álcool, diferenciando-se dos adolescentes estudados pela UNESCO (Rua & Abramovay, 2001), em que mais da metade da amostra entrevistada, com idades entre 10 e 24 anos, disse consumir bebida alcoólica.

As moças dizem dedicar menor tempo, em comparação aos rapazes, a atividades que envolvem tensão. A diferença, em termos de dedicação, é grande, pois os rapazes despendem com tais atividades cerca de 15 horas em média por semana, enquanto as moças dedicam a elas sete horas. Em compensação, as atividades aversivas e obrigatórias parecem ficar a cargo das meninas, neste grupo estudado. Também são os meninos que mais praticam atividades sociais e realizadas fora de casa.

Assim, o grupo estudado parece cumprir os estereótipos de meninas que ficam dentro de casa realizando tarefas aversivas e obrigatórias, e de meninos fora de casa, convivendo com seus amigos. Esses dados parecem ser indicativos de uma juventude que convive e reproduz as condições de gênero existentes no país, em que homem e mulher têm os seus papéis delimitados pela sua condição social.

O grupo dos adolescentes com diabetes não diferiu, em termos de atividades cotidianas, dos adolescentes sem diabetes. Houve diferenças apenas em relação às atividades caracterizadas como favorecedoras ao controle do consumo de álcool, a favor dos adolescentes com diabetes. Estes jovens provavelmente se preocupam mais com sua saúde, uma vez que o excesso de álcool pode levar à descompensação glicêmica.

Apenas o grupo de rapazes sem diabetes forneceu indicações de dedicar mais tempo a atividades de risco para consumo de álcool. Esses dados não especificam a quantidade de álcool que esses adolescentes estão ingerindo, mas indicam que este grupo tem maior possibilidade de se envolver em situações em que o consumo de álcool ocorra.

Para os adolescentes com diabetes, receber a notícia da existência do diabetes em suas vidas foi algo, à primeira vista, assustador e causador de

tristeza, o que é facilmente compreensível já que uma doença crônica, causa grande impacto na vida de qualquer pessoa, podendo trazer comprometimentos quanto ao bem estar, ao funcionamento familiar e social, de acordo com Hymovich & Hagopian (1992, citados por Trentini e Silva, 1992). No entanto, a convivência com o diabetes permitiu que os adolescentes aprendessem a lidar com os tratamentos exigidos e com as dificuldades provenientes da doença. Apesar do drama inicial vivido, principalmente em se tratando de pessoas que dependem do serviço público de saúde, muitas vezes precário, a experiência ao longo passar do tempo possibilitou o amadurecimento, levando-os a perceberem sua condição com mais naturalidade e confiança.

A história clínica da maioria dos jovens estudados confirma os dados do Estudo Brasileiro de Incidência do Diabetes (2001) de que o *Diabetes Mellitus* Tipo 1, geralmente, inicia-se durante a infância, antes dos quinze anos de idade. Realizar os cuidados com o diabetes desde criança, permitiu-lhes uma adaptação, nem sempre encontrada em crianças ou adolescentes recém-diagnosticados.

Thompson & Gustafson (1995) afirmam que a auto-estima do jovem, já diagnosticado ou convivendo com o diabetes, pode ser alterada consideravelmente, levando-o a ter problemas nos estudos, com a família, com os amigos e com o trabalho. Isso pôde ser verificado em alguns dos adolescentes estudados, que mesmo afirmando que não ter dificuldades com a doença, evidenciaram uma auto-desvalorização, com relatos ligados a uma sensação de impotência diante de suas próprias vidas. Por exemplo, na Estrutura 5, a adolescente relatou dificuldades em sentir-se útil e a sua auto-estima parece estar comprometida, uma vez que sentia-se impossibilitada de entrar no mercado de trabalho ou de retomar seus estudos, como qualquer outro jovem de sua idade. Outro exemplo está na Estrutura 3, em que a jovem relatou sentimento de incapacidade, por seu organismo não ser mais capaz de se auto-gerir sem precisar de medicamentos, fato que, segundo ela, dificulta a sua vida diária. Para essas jovens, fica patente o questionamento: Por que logo eu?

Enquanto alguns vêem problemas por ter que se aplicar a injeção de insulina, outros tentam tornar o momento menos dramático possível. Em alguns casos fazem questão de se expor, tentando fazer os outros aceitarem a

sua condição. Apesar de gostarem do fato das pessoas saberem de sua condição de saúde, esses adolescentes reclamam de que, em muitas vezes, os amigos, no intuito de ajudar, agem de forma exageradamente protetora e sufocante, levando o diabético a sentir-se tolhido em sua liberdade.

Os cuidados exigidos pelo *Diabetes Mellitus* Tipo 1 circunscrevem-se a fazer dieta, praticar exercícios físicos e controlar os níveis glicêmicos. O fato de apenas uma jovem praticar todos esses cuidados leva a crer que a maioria deles pode estar propensa a sofrer maiores modificações em suas vidas devido a complicações futuras com a doença. Nesse caso, as mudanças e exigências da doença serão ainda maiores, requerendo novas readaptações familiares, relacionais, alimentares e de tarefas cotidianas. Aponta-se a necessidade desses adolescentes terem mais informações sobre as reais conseqüências da doença e dos ganhos que poderão ser adquiridos com o seguimento dos conselhos da equipe de saúde.

Os ganhos secundários da doença encontrados nos estudos de Oliveira (1999) e de Spack (1991, citado por Chipkevitch, 1994), também foram identificados nesta pesquisa. Uma adolescente declarou abertamente ter ganhos secundários com o fato de ter uma doença crônica, fato que gerava ciúmes na irmã mais nova, que questionava a proteção concedida à filha diabética pelos pais.

A auto-responsabilização, classificada por Folkman & Lazarus (1985) como uma das estratégias de enfrentamento de doenças, não foi encontrada entre os adolescentes pesquisados. Quando ocorreu, era apenas parcial, indicando que têm dificuldades em controlar seus problemas. Todos os entrevistados deixaram claro que, em determinados momentos, arriscam sua saúde consumindo substâncias impróprias. O açúcar parece ter adquirido o significado de “serpente do paraíso”, que está sempre tentando-os ao consumo, em troca de breve, mas intensa, felicidade.

O discurso dos jovens revelou que uma das maneiras encontradas para conviver com o fato de ser doente crônico é enfrentando a realidade. Tentavam dessa maneira, lidar com a situação, focalizando-se no problema, que significava cooperar, seja fazendo a aplicação da insulina ou tentando seguir a dieta prescrita pelo médico. Apesar de não identificarem essas dificuldades em

termos de adesão ao tratamento, eles acreditavam se dedicar de forma suficiente, buscando resolver os conflitos decorrentes do tratamento da doença.

A busca de apoio social foi bastante citada, sendo a mãe e os amigos muito importantes na ajuda para superarem os obstáculos advindos do diabetes.

Parece que a religiosidade é fator importante na vida desses jovens, uma vez que todos afirmam ter religião, participando pelo menos uma vez por semana das cerimônias. Essa é uma maneira de enfrentar problemas, classificada como enfocada na emoção por Folkman & Lazarus (1985).

Apesar de considerarem que o dia-a-dia não é afetado por serem doentes crônicos, esses adolescentes indicaram ter dificuldades em manter algumas atividades como estudar, trabalhar e participar de eventos sociais que envolvam consumo de alimentos ou bebidas.

A causa do diabetes foi relacionada, pela maioria dos entrevistados, com a hereditariedade e com algum acontecimento anterior ao surgimento dos sintomas da doença. Mesmo sem um bom entendimento sobre os mecanismos que originaram o Diabetes, indicaram fatores ambientais importantes em suas vidas, geralmente de classificação negativa, relacionados ao surgimento do diabetes. A morte de um membro da família, de um ente querido, ou um tratamento de saúde que trouxe transtornos, foram apontados como eventos estressantes que antecederam o diagnóstico. E eles não apenas citaram, mas também associaram esses fatos ao surgimento da doença. Assim, corroborando outras pesquisas (Willis, 1974; Lee, Conger, 1951; Stein, 1975 citado por Thernlund e colaboradores, 1995), os dados indicaram que os fatores emocionais tiveram elevado grau de importância para o surgimento da doença crônica na vida desses jovens.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelos adolescentes com diabetes, pode-se afirmar que a convivência com a doença não é um problema de grandes proporções, que os incapacite.

Ter que lidar com uma doença crônica pode ser tão difícil para o jovem quanto para o adulto, pois irá depender do grau de maturidade dos indivíduos, do estilo de vida e dos recursos para enfrentamento de que dispõem. O fato de ser adolescente apenas incrementa o cenário, pois os pais, além de

estarem preocupados com as questões corriqueiras da juventude, têm um outro fato que passa a exigir sua atenção: a saúde do filho. Nesse sentido, há o risco de tornarem-se excessivamente preocupados com a saúde de seus rebentos, pode fazer com que estes se sintam subestimados em sua capacidade de auto controle, condição aqui identificada e também constatado em recente pesquisa com adolescentes conduzida por O. Oliveira (1999).

Na presente pesquisa, as meninas se mostraram mais problemáticas em relação à convivência com o diabetes. É importante lembrar, entretanto, que este fato pode ser decorrente de terem tido diagnósticos recentes, e não por pertencerem ao sexo feminino. Isso significa, como indicado anteriormente, que aqueles que receberam o diagnóstico recentemente podem ainda estar atravessando a fase de choque, e reorganizando suas vidas, de forma a cederem espaço para mais um problema: o diabetes.

Os dados mostraram que conviver com o diabetes não causa grandes transtornos, a desde que a família e o afetado sintam-se seguros quanto ao tratamento e às possíveis conseqüências da doença. Ao sentir-se seguro em sua condição, o jovem passa a lidar com sua doença de maneira saudável. Pelo fato de não implicar na incapacitação do paciente, o diabetes não impede que o adolescente continue uma vida normal, levando em conta as suas limitações.

Talvez o maior problema esteja no serviço de saúde, do qual dependem: a dificuldade em ter um pronto-atendimento pode levar a transtornos em outras atividades a serem cumpridas, na escola e no trabalho. Nesse sentido, há a necessidade de se instalar, nas escolas públicas/privadas e nas empresas, serviços de saúde que facilitem o acompanhamento das pessoas com diabetes (e outras enfermidades crônicas ou não), de forma que haja menos necessidade de se ausentarem de suas atividades diárias.

Apesar do início da doença ser avaliado como de considerável dificuldade, o tempo de convivência faz com que diminuíssem os transtornos e os níveis de estresse experimentados pelo paciente crônico.

O grupo de adolescentes descritos pelo MAC apresentou comportamentos semelhantes aos dados encontrados em outras pesquisas. No entanto, é preocupante verificar que esses jovens estão em casa, não necessariamente mantendo contato com seus familiares, mas atendo-se a

programas de televisão, os quais podem ser classificados como de baixa qualidade. Apesar disso, podem também estar atentos aos noticiários dos telejornais, significando que esses jovens não estão apenas reproduzindo aquilo que é passado nas novelas, mas também estão interessados em se informarem a respeito do país em que vivem.

Encontraram-se algumas poucas diferenças entre os adolescentes sem e com diabetes, as quais, apesar de interessantes e importantes, devem ser avaliadas com o devido cuidado. É necessário observar que o tamanho dos grupos pode levar a conclusões inexatas sobre as diferenças causadas pela existência de uma doença crônica como o *Diabetes Mellitus* Tipo 1. Portanto, foi possível aqui apenas traçar possíveis interferências de uma doença crônica no cotidiano de adolescentes. Aponta-se, assim, a necessidade de outras pesquisas, com grupos mais equilibrados, modo a concluir, com maior segurança, a respeito desse tema.

5. REFERÊNCIAS

ANJOS, Mário N. dos. **A criança diabética: manual para controle do diabetes** infanto-juvenil. Colaboração: Nutricionista M^a Mercedes Carvalho Cardoso. Niterói, 1976, Monografia (sem editora).

ANTONIAZZI, Adriane S.; DELL'AGLIO, Débora D.; BANDEIRA, Denise R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. v. 3, n. 2, p.273-294, 1998.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. **Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes**. Suplemento nº. 1, 1999.

ARIÈS, Philipe. **História Social da Criança e da Família**. Tradução Dora Flaksman. 2^a edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1981.

BEE, Helen. **A Criança em Desenvolvimento**. Tradução Maria Adriana V. Veronese. 7^a edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BICUDO, Sheila D.S. **Diabetes Mellitus Tipo II e Suporte Social Familiar: suas relações com o controle da doença**. 1997. 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1997.

BOCK, Ana M.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, M^a de Lourdes T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 13^a edição. São Paulo: Editora Saraiva. 2000. Capítulo 5: "A Psicanálise", p. 70-84.

BOICE, Margaret M. Chronic Illness in Adolescence. In: **Adolescence**, v. 33, n. 132, p.927-939, Winter, 1998.

BRICARELLO, Sérgio; BRICARELLO, Lílíana. Diabetes infanto-juvenil. **Pediatria Moderna**. v. XXXV, nº. 1/2, p. 9-21, Janeiro/fevereiro, 1999.

BUSSAB, Vera; RIBEIRO, Fernando L. Biologicamente Cultural. In: L. SOUZA; M.F.Q. FREITAS; M.M.P. RODRIGUES (orgs.). **Psicologia: Reflexões (im)pertinentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 175-193.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da Adolescência**: normalidade e psicopatologia. 15ª edição. Petrópolis: Vozes, 1996. Cap. I(p.11-16), II(p.17- 27), V (p.50-69).

CALAZANS, Grabiela. Cultura Adolescente e Saúde: perspectivas para a investigação. In: Mª C. Oliveira (org.). **Cultura, Adolescência e Saúde**: Argentina, Brasil e México. Consórcio Latino Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Campinas: CEDES/COLMEX/NEPO – UNICAMP, 2000. p. 45-97.

CARVALHO, Ana Mª. O estudo do desenvolvimento humano. **Psicologia, Revista Quadrimestral**. nº 2, p. 12-21, outubro, 1995.

CERQUEIRA, Ana T. Abreu. O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? In: R. KERBAUY (org.). **Sobre Comportamento e Cognição**: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André: Editora SET, 2000.

CHABROL, Henri. **A Depressão do Adolescente**. Tradução: Graciema Pires Therezo. Campinas: Ed. Papirus, 1990. Cap. 2: Determinismos: Fatos e Teorias, p. 47-60.

CHIPKEVITCH, Eugênio. Diabetes melito. In: **Puberdade & Adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo: Roca, 1994. Cap. 21 "Diabetes melito"; p. 407-419.

COMITÊ SOBRE ADOLESCÊNCIA DO GRUPO PARA O ADIANTAMENTO DA PSIQUIATRIA. **Dinâmica da Adolescência**. São Paulo: Editora Cultrix, 1979.

DESSER, Nanete A. **Adolescência**: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; Brasília, DF: Fundação Universidade de Brasília, 1993. Introdução, p. 7-10.

DOTTI, Sotero. **Psicologia da Adolescência**: uma psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Editora Sulina, 1973. Introdução, p. 7-10.

ERIKSON, Erik. **Identidade, Juventude e Crise**. Tradução Álvaro Cabral. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1987. Cap.3, p. 90-141.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário eletrônico Aurélio**: com corretor ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994. 1 CD-ROM.

FIERRO, Alfredo. Desenvolvimento da Personalidade na Adolescência. In: C.Coll; J. Palácios; A.Marchesi (orgs.). **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Tradução Angélica Mello Alves. v. 1, Porto Alegre:Artes Médicas: 1995, p. 56-74.

FIERRO, Alfredo. Relações sociais na adolescência. In: C. Coll; J. Palácios; A. Marchesi (orgs.). **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. Tradução de Angélica Mello Alves. v. 1, Porto Alegre: Artes Médicas. 1995, p.78-84.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. If it changes it be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 48, n. 1, p.150-170, 1985.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S.; GRUEN, Rand J.; DELONGIS, Anita. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 50, n. 3, p. 571-579, 1986.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. *Coping* as a Mediator of Emotion. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 54, n. 3, p. 466-475, 1988.

GIMENES, Maria Glória. **A mulher e o câncer**. Campinas, SP: Editorial Psy Ltda., 1997. Capítulo 3: A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia, p. 111-147.

GROSS, Cecília; LONGO, Roberta. A importância da psicoterapia em crianças diabéticas. **Revista Pediatria Moderna**. v. XXXIII, n. 8, p. 631-636, agosto, 1997.

GÜNTHER, Isolda A. As Necessidades Emocionais do Adolescente e a Escola. **Temas em Psicologia**. n. 1, p. 45-57, 1993.

GÜNTHER, Isolda A. Preocupações de adolescentes ou os jovens têm na cabeça mais do que bonés. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 12, n. 1, p. 61-69, Jan.-abr. 1996.

HANSON, Cindy L.; HENGGELE, Scott; BURGHEN, George. Social Competence and Parental Support as Mediators of the Link Between Stress and Metabolic Control in Adolescents with Insulin-Dependent *Diabetes Mellitus*. **Journal of consulting and Clinical Psychology**. v. 55, n. 4, 1987, p. 529-533.

HALPERN, Alfredo; MANCINI, Márcio. Diabetes *Mellitus* Tipo I. **Pediatria Moderna**. v. XXIX, nº 4, p. 419-423, julho, 1993.

HARRIS, Judith R. **Diga-me com quem andas**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 1999, cap. *Crescendo*, p. 324-363.

HURLOCK, Elizabeth B. **Desenvolvimento do Adolescente**. Tradução Auriphebo B. Simões. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 1999**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

JOHNSON, Suzanne B. Insulin-Dependent *Diabetes Mellitus* in Childhood. M. Roberts (edited by). **Handbook of Pediatric Psychology**. Second Edition. New York, London: The Guilford Press, 1995. Cap. 14, p. 263- 285.

KLIEWER, Wendy. Children's Coping with Chronic Illness. In: Sharlene A. Wolchick & Irwin N. Sandler. **Handbook of Children's Coping: linking theory and intervention**. Plenum: New York. 1997. Cap. 10, p. 275-300.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984. Cap. 5: "The concept of coping", p. 117-140, e cap. 6: "The coping process: an alternative to traditional formulations", p. 141-180.

LERÁRIO, A.C. Nova Classificação e Critérios para o Diagnóstico do *Diabetes Mellitus*. **Diabetes & Metabolism**. São Paulo, n. 1, 1997, p.65-67.

LIPP, Marilda. E. N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**. v.1, n.3/4, p. 5-19, 1984.

LOPES, R.S. O Contexto Familiar no Desenvolvimento da Autonomia e da Moralidade na Adolescência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre. v.7, nº1, p.59-74, 1994.

Comentário: Verificar esta referência.

MENANDRO, Paulo R.M.; MENANDRO, Maria Cristina S.; OLIVEIRA, Rosiane G. Comentários sobre a elaboração de um instrumento de pesquisa para mapeamento de atividades cotidianas. In: P.R.M. Menandro; Z.A. Trindade; E.B. Borlot (org.). **Pesquisa em Psicologia: Recriando Métodos**. Vitória: UFES. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: CAPES. PROIN, 1999, p.141-157.

MENANDRO, Paulo R.M.; MENANDRO, Maria Cristina S.; VASCONCELOS, Christian S.; OLIVEIRA, Danielle; ESTEVES, Janine R.; PEREIRA, Mônica T. Características de Atividades Cotidianas de Adolescentes e Adultos de Ambos os Sexos. **Olhares Diversos: estudando o desenvolvimento humano**. H. A. Novo; M.C. Menandro (orgs). Vitória: UFES. Programa de Pós-Graduação em Psicologia: CAPES, PROIN, 2000, p.175-182.

MCKINNEY, John P.; FITZGERALD, Hiram E.; STROMMEN, Ellen A.

Psicologia do Desenvolvimento: o adolescente e o jovem adulto. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1983.

MINAYO, M^a Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6^a edição. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996. Capítulo 4, p. 197-247.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira:** construindo uma agenda nacional. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, PROGRAMA HARVARD/JOSLIN/SBD. **Diabetes Mellitus:** Guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Laboratório Eli Lilly do Brasil e Boehringer Mannheim, 1996.

MUUSS, Rolf. **Teorias da Adolescência.** Tradução Instituto Wagner de Idiomas. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

NAKAMURA, Nobue; KANEMATSU, Yuriko. Coping in relation to Self-Care Behaviors and Control of Blood Glucose Levels in Japanese Teenagers with Insulin-Dependent *Diabetes Mellitus*. **Journal of Pediatric Nursing**. v. 9, n. 6, december, p. 427-432, 1994.

OLIVEIRA, Conceição A.A.; COSTA, Anna E.B. Categorias de Conflitos de Adolescentes Mineiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.10. n. 1, p.87-104, 1997.

OLIVEIRA, José E.P. *Diabetes Mellitus*: um problema de saúde pública. **ARSCVRANDI - Revista da Clínica Médica**. n. 1, 1999, p.12-18, 1999.

OLIVEIRA, Odete. **Impacto do Processo de Educação em Saúde no Controle do Diabetes em Adolescentes**. 1999. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, Rosiane Gonçalves. **Um novo alcoolista: cotidiano e identidade de membros de alcoólicos anônimos**. 1998. 195 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1998.

PALÁCIOS, Jesus O que é adolescência? In: C.Coll; J. Palácios; A.Marchesi (orgs.). Tradução Angélica Mello Alves. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. v. 1, Porto Alegre: Artes Médicas. 1995, p.114-156.

PFROMM NETO, Samuel. **Psicologia da Adolescência**. 6ª edição. São Paulo: Editora Pioneira, 1977.

RUA, Maria das Graças; ABRAMOVAL, Miriam. **Evaluation of Preventive actions against STDs/AIDS and Drug Abuse in Elementary and High Schools in Brazilian Capitals**. UNESCO, UNDCP, Unaid, CN-DST/AIDS: 2001.

SARAFINO, Edward. P. **Health Psychology: Biopsychosocial Interactions**. Second edition. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1994.

SARRIERA, Jorge C.; SCWARTCZ, Cynthia; CÂMARA, Sheila G. Bem-Estar Psicológico: Análise Fatorial da Escala de Goldberg (GHQ-12) numa Amostra de Jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, 1996, v. 9, n. 2, p. 293-306.

SILLAMY, Norbert. **Dicionário de Psicologia Larousse**. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto alegre: ArtMed, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o *Diabetes Mellitus***. Recomendações da Sociedade Brasileira de *Diabetes* para a prática clínica, 1997.

SURWIT, Richard S.; SHENEIDER, Mark S.; FEINGLOS, Mark N. Stress and *Diabetes Mellitus*. **Diabetes Care**. v. 15, n. 10, October, p. 1413-1422, 1992.

THERNLUND, Gunilla M.; DAHLQUIST, Gisela; HANSSON, Kjell; IVARSSON, Sten A.; LUDVIGSSON, Johnny; SJÖBLAD, Sture; HÄGGLOF, Bruno. Psychological Stress and the Onset of IDDM in Children. **Diabetes Care**. v. 18, n. 10, October, p. 1323-1329, 1995.

TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise G.V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v.1, n. 2, p.76-88, jul./dez. 1992.

THOMPSON Jr., Robert Jr.; GUSTAFSON, Kathryn E. *Adaptation to Chronic Childhood Illness*. Washington: American Psychological Association. 1996.

WADSWORTH, Barry J. **Inteligência e Afetividade da Criança na Teoria de Piaget**. Tradução Esméria Rovai. São Paulo: Pioneira, 1992. Cap. VI: O estágio das operações formais, p. 107-136.

WAGNER, Adriana; FALKCE, Denise; MEZA, Eliane B.D. Crenças e Valores dos Adolescentes acerca de Família, Casamento, Separação e Projetos de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 10, n.1, p. 155-167, 1997.

WILLIAMS, Kristin; MACGILLICUDDY-DE LISI, Ann. Coping Strategies in Adolescents. **Journal of Applied Developmental Psychology**. v. 20, n. 4, p.537-549, 2000.

ZAPPA, Adair; JUKEMURA, Ricardo; FISBERG, Mauro; MEDEIROS, Élide H.G.R.
Estatísticas e epidemiologia da violência: estatuto da criança e do adolescente.
Pediatria Moderna. v. XXXVI, n. 11, p.736-742, 2000.

ZAGURY, Tânia. **O adolescente por ele mesmo**: orientação para pais e educadores. Como o jovem brasileiro vê a família, a escola, o lazer, a política, a profissão, o sexo, as drogas e a religião. Rio de Janeiro: Editora Record, 1996.

6. ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

DATA: ____/____/____

HORÁRIO: _____

ENTREVISTADOR: _____

LOCAL: _____

I) Identificação

a) Nome: _____

b) Idade: _____ Data de nascimento: _____

c) Possui irmãos? Sim () não () d) Se sim, quantos e quais as respectivas idades e sexo?

e) Qual o número de pessoas que moram em sua casa?

f) Mora com pai e mãe? Sim () não ()

g) Possui empregada? Sim () não ()

h) Estado civil: sol. () cas. () desq. () sep. () outros ()

i) Tem filhos? Sim () não () Quantos? _____

j) Trabalha? Sim () não () Em que? _____

l) Estuda? Sim () não () Se sim, em que horário? Matutino ()
vespertino () noturno ()m) Escolaridade: Analfabeto () Fundamental incompleto ()
Fundamental completo () Médio incompleto () Médio
completo ()n) Possui religião? Sim () não () n¹) Quantas vezes por semana frequenta templo religioso? Nenhuma vez () uma vez () duas vezes () três vezes ou mais ()

o) Tempo de diagnóstico: _____

p) Tempo em que é atendido pelo posto: _____

q) Tipo de medicação de que faz uso: _____

r) Frequência de medicação: _____

s) Quantas horas de sono você dorme por noite, em média? _____

II) Entrevista

- 1) Você lembra do momento em que recebeu a notícia de que tinha diabetes?
Sim () não ()
- 2) Você tem sentido alguma dificuldade por ter diabetes?
Sim () não () Quais?
- 3) Você faz ou tem feito alguma coisa para controlar o seu diabetes?
Sim () não ()
- 3) Tem pessoas que o ajudam a conviver com a doença?
Sim () não () Quem? Qual delas mais o ajuda?
- 4) Tem situações que o ajudam a conviver com a doença?
Sim () não () Quais?
- 5) Tem coisas que você faz que o ajudam a conviver com a doença?
Sim () não () quais?
- 7) Qual dessas ajudas é a mais importante para você superar as dificuldades com o diabetes?
- 8) Aconteceu algum fato antes do diagnóstico que você acha que tem relação com o fato de você ter ficado com diabetes?
Sim () não ()
- 9) Por que você acha que adquiriu o diabetes?
- 10) Descreva com detalhes um dia comum da semana, desde a hora que acorda até a hora de dormir.
- 11) Descreva um final de semana comum seu.
- 12) O fato de ter diabetes afeta de algum modo a sua vida ou o seu dia-a-dia?
Sim () não () Se sim, como? Dê exemplos.
- 13) Como você lida com essas situações?
- 14) Há algumas coisas que seus amigos fazem e você gostaria de fazer, mas não pode por causa do diabetes?
Sim () não () Quais?
- 15) Quando você não pode fazer alguma coisa que seus amigos fazem, como você se sente? O que você faz ou pensa nessas situações?

ANEXO B - MAPEAMENTO DE ATIVIDADES COTIDIANAS (Menandro, Menandro & Oliveira, 1999, adaptado por Santos & Enumo, 2001)

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro /a () tem companheiro/a

Idade: _____ Possui filhos: () sim () não Se sim, quantos? _____

CASO TENHA ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL RESPONDA: Quantas horas por semana você dedica, em média, ao seu trabalho? R = _____ horas.

CASO FREQUENTE ESCOLA DE 1º, 2º OU 3º GRAUS, RESPONDA: Quantas horas por semana você permanece na escola? R = _____ horas. (Se for o caso, responda colocando o número de horas que você gasta acompanhando telecurso).

Você encontrará a seguir uma longa lista de atividades. Não se preocupe com a quantidade de coisas que faz, pois cada pessoa realiza apenas um número limitado de tais atividades.

Qual o tempo médio que você gasta, por semana, com cada uma das atividades abaixo (para responder, pense no que ocorreu no último mês):

A= tempo nenhum

B= até duas horas por semana

C= entre duas e cinco horas por semana

D= entre seis e dez horas por semana

E= mais de dez horas por semana

- 001 () acompanhar filhos/amigos/namorados/cônjuges em atividades esportivas ou artísticas.
- 002 () ajudar filhos, irmãos ou outras crianças de suas relações nas tarefas escolares.
- 003 () amamentar (no seio ou na mamadeira) ou alimentar criança pequena.
- 004 () andar de bicicleta como meio de transporte ou de trabalho.
- 005 () andar de bicicleta a passeio, exercício ou lazer.
- 006 () andar de carro ou de táxi (tempo no trânsito).
- 007 () andar de ônibus, trem, metrô ou barco de transporte (tempo no trânsito).
- 008 () assistir qualquer tipo de curso ou de palestra fora da escolarização regular.
- 009 () assistir filmes em vídeo em casa.
- 010 () assistir futebol ou outros esportes na TV com amigos.
- 011 () assistir futebol ou outros esportes na TV sozinho.
- 012 () assistir jornais na TV.
- 013 () assistir novela na TV.
- 014 () assistir outros programas na televisão.
- 015 () atuar como voluntário em atividades assistenciais ou comunitárias.
- 016 () bater perna na rua, no comércio, sem ter um objetivo definido.
- 017 () bater perna, conversar, lanchar em *shopping center*.
- 018 () brincar com irmãos e/ou amigos (as).
- 019 () brigar ou bater boca com familiares.
- 020 () catar piolho e lêndeia em cabeça de crianças.
- 021 () consertar coisas da casa, fazer reparos, pinturas, ou coisas equivalentes.
- 022 () conversar ao telefone.
- 023 () conversar com amigos(as) em bar, ir ao bar.
- 024 () conversar com amigos na escola (fora da situação de aula).
- 025 () costurar ou fazer reparos em roupas.
- 026 () cozinhar.
- 027 () cuidar de cachorro, passarinho, peixe ou outro animal (inclui levar para passear).
- 028 () cuidar de jardins ou de plantas.
- 029 () descansar, ficar sem fazer nada (porém sem dormir).
- 030 () desenvolver atividade de estágio.
- 031 () dormir durante o dia.
- 032 () escolher filme em locadora, livro em livreria ou discos nas lojas.

- 033 () escrever cartas, faxes ou mensagens no computador.
- 034 () escrever, pintar, desenhar (atividades artísticas) ou ter aulas de tais atividades.
- 035 () estar com amigos(as), em sua casa ou na deles(as) conversando fiado.
- 036 () estudar ou realizar trabalhos escolares em casa ou na casa de amigos.
- 037 () exercitar-se andando/correndo em praia, praça, rua ou parque porque gosta.
- 038 () exercitar-se em academia de ginástica porque gosta.
- 039 () exercitar-se por recomendação médica.
- 040 () fazer compras do dia-a-dia (padaria, feira, açougue).
- 041 () fazer orações.
- 042 () fazer palavras cruzadas ou jogar paciência (inclusive no computador).
- 043 () fazer tricô, crochê, tapeçaria, bordados ou similares.
- 044 () ficar na janela, portão ou calçada assistindo o movimento.
- 045 () frequentar cassinos, bingos, corridas de cavalos ou briga de galo.
- 046 () ir ao banco.
- 047 () ir à farmácia.
- 048 () ir à festa de aniversário de crianças.
- 049 () ir à festa de adultos.
- 050 () jogar baralho, dama ou dominó com amigos.
- 051 () jogar sinuca, bilhar ou boliche.
- 052 () jogar vídeo games em casa.
- 053 () jogar vídeo games ou fliperamas em lojas de jogo.
- 054 () jogar xadrez.
- 055 () lavar louças.
- 056 () lavar roupa.
- 057 () ler jornal ou revista.
- 058 () levar ou buscar crianças em escola.
- 059 () limpar ou arrumar a casa.
- 060 () limpar ou conservar próteses, aparelhos dentários ou lentes de contato.
- 061 () maquiar-se.
- 062 () montar ou lidar com miniaturas (de carro, avião, trem, casas).
- 063 () namorar (toda atividade que possa ser assim considerada, havendo ou não sexo).
- 064 () navegar na Internet.
- 065 () organizar, classificar ou se dedicar a algum tipo coleção.
- 066 () ouvir música em casa (no som ou no rádio).
- 067 () ouvir programas não musicais no rádio.
- 068 () passar roupa.
- 069 () patinar, fazer surf, skate, windsurf, body boarding, mergulho ou similares.
- 070 () praticar algum esporte como amador apenas por lazer.
- 071 () praticar danças (inclui balé e academias de dança).
- 072 () praticar esportes de luta (judô, caratê, capoeira, boxe ou similares).
- 073 () realizar em casa cuidados com pele, unha, cabelo, barba, depilação.
- 074 () submeter-se à psicoterapia.
- 075 () tocar, treinar ou ensaiar instrumentos musicais ou exercitar canto.
- 076 () tomar banho, ficar em banheira, ler no banheiro.
- 077 () tomar conta de crianças.
- 078 () tomar conta ou cuidar de idosos amigos ou parentes.
- 079 () tomar sol e nadar em piscina de casa ou de prédio.
- 080 () tratar-se com médico, dentista ou fisioterapeuta (inclui tempo de espera).
- 081 () usufruir de outros lazeres (aeromodelismo, karte, autorama, marcenaria, etc.).
- 082 () visitar amigos / parentes sem ser em festas comemorações ou doença.

A = nunca

B = muito raramente, poucas vezes ao ano.

C = pelo menos uma ou duas vezes por mês.

D = quase toda semana, ou ainda mais frequentemente.

- 083 () acampar.
- 084 () andar de avião.
- 085 () assistir rodeio.
- 086 () assistir teatro.
- 087 () adiar algum compromisso ou alguma tarefa que precisa cumprir.
- 088 () assistir show ou evento em local público (parque, rua, praça, praia).
- 089 () beliscar comida fora de hora (visitar a geladeira).
- 090 () chegar atrasado em algum compromisso.
- 091 () comentar com alguém que você está com depressão.
- 092 () comer muito depressa para não perder tempo.
- 093 () consultar-se com profissionais de saúde.
- 094 () conversar com visitas que foram a sua casa.
- 095 () cuidar de pele, unha, cabelo, barba, depilação, fora de casa.
- 096 () dançar em baile, boate, festa, bar.
- 097 () dirigir carro ou moto.
- 098 () dirigir depois de ter ingerido bebida alcoólica (em qualquer quantidade).
- 099 () estar com parentes e amigos em festas ou comemorações.
- 100 () estar em carro dirigido por alguém que você sabe que bebeu.
- 101 () estudar ou ler livros.
- 102 () fazer uma promessa.
- 103 () fazer refeições em restaurantes.
- 104 () frequentar biblioteca.
- 105 () fumar um cigarro (ou charuto ou cachimbo).
- 106 () fazer um regime para emagrecer.
- 107 () ir a clube.
- 108 () ir a estádios ou ginásios assistir competições esportivas.
- 109 () ir ao cinema ou à praia sozinho(a).
- 110 () ir ao cinema ou à praia com amigos.
- 111 () ler horóscopo e/ou consultar cartomante, vidente, búzios ou tarô.
- 112 () limpar, lavar ou polir carro.
- 113 () mandar carta a jornal com reclamação ou denúncia.
- 114 () organizar as próprias coisas (roupas, papéis, discos, livros, contas, fotos).
- 115 () ouvir música em casa de shows, bar ou ginásios.
- 116 () participar de cerimônias ou atividades religiosas rituais.
- 117 () participar de churrasco com parentes, amigos ou vizinhos.
- 118 () participar de excursões ou piqueniques.
- 119 () participar de grupos de atividades ligados à igreja.
- 120 () participar de reuniões de alcoólicos anônimos ou narcóticos anônimos.
- 121 () participar de reuniões de partido político ou de associação de bairro.
- 122 () pedir nota fiscal quando faz alguma compra e ela não é fornecida.
- 123 () pescar com grupo de amigos.
- 124 () reunir-se em sociedades filantrópicas (maçonaria, Rotary, Lyons, etc.).
- 125 () reunir-se em associações profissionais ou aposentados.
- 126 () roer unhas ou morder cutículas.
- 127 () sair depois do trabalho para um bate-papo com amigos (as).
- 128 () ser fotografado(a) por amigo(a), parente ou cônjuge.
- 129 () ter dificuldade para dormir.
- 130 () tomar cafezinho em casa.
- 131 () tomar cafezinho na rua.
- 132 () tomar remédio para dormir (com ou sem recomendação médica).
- 133 () tomar remédios de outro tipo por conta própria.
- 134 () usar parte da noite para fazer tarefas do trabalho ou da escola.
- 135 () utilizar-se dos serviços do Procon, ouvidorias ou equivalentes.
- 136 () viajar (sem ser a serviço) fazendo turismo ou visitas pessoais.

Atividades acrescentadas ao MAC: somente para adolescentes com *Diabetes Mellitus* Tipo 1.

- 137 () alimentar-se durante o intervalo das refeições por estar sentindo fraqueza/tontura.
- 138 () dedicar-se aos cuidados dos pés.
- 139 () frequentar reuniões/associações.
- 140 () fazer dieta por ordem médica.
- 141 () ir a posto de saúde/hospital/farmácia para medir pressão arterial ou fazer eletrocardiograma.
- 142 () procurar ajuda profissional devido à problemas orais: dentes amolecidos, halitose (mau hálito), problemas na gengiva.
- 143 () procurar cuidados médicos devido à problemas renais.
- 144 () procurar socorro devido à perda de consciência e/ou convulsões.
- 145 () procurar socorro devido à dificuldades na visão.
- 146 () realizar cuidados com a pele devido a problemas de furúnculos, abcessos, etc.
- 147 () realizar exames médicos a fim de verificar nível de colesterol.
- 148 () tomar muita água.
- 149 () tomar remédio devido à dor de cabeça.

ANEXO C

Quadro 6 - Distribuição das atividades do MAC pelas dimensões consideradas na análise.

001 snpnnnnf	041 nnnncnqn	081 nepxnnqn	121 senrrnçf
002 sonzcnçd	042 iepxnlqn	082 snnrrlçf	122 sepxrlçf
003 nonzcnqn	043 nepxnlqn	083 seprrlçf	123 senznnçf
004 ionxctçf	044 sepxnlqd	084 snnrrtnf	124 senrrnnçf
005 nepxclçf	045 sepxrtnf	085 sepxrrnf	125 ienxntqn
006 novnttnf	046 nnnncnçf	086 sepxrrnf	126 sepxrlçf
007 sovnttnf	047 nnnrrnnçf	087 ionrrtnn	127 neprrnnqn
008 senxrrnf	048 snnrrnçf	088 sepxrrnf	128 invrrtnn
009 iepxnnqd	049 snnrrnçf	089 iepxnnqd	129 iepxnnqd
010 sepxrrnn	050 sepxrrqn	090 nrrrrtnn	130 sepxrrnnf
011 iepxnnqd	051 sepxrtçf	091 snnrrtnn	131 innxrrtnn
012 nenxnnqd	052 nepxntnd	092 innxrrqn	132 ienxrrnn
013 nepxnnqd	053 sepxntçf	093 sonxrrtnf	133 innxrrtd
014 nepxnnqd	054 nepxntqn	094 snnrrnçd	134 ienxrrqn
015 sepxcnçf	055 ionrrcnçd	095 senxrrnnf	135 sepxrlçf
016 sepxnlçf	056 ionrrcnçd	096 sepxrlçf	136 sepxnlçf
017 sepxrlçf	057 iepxrrnn	097 nnnrrtnçf	137 iepxrrnn
018 sepxrrnn	058 nonzrrnçf	098 nenrrnç*	138 ienxrrqn
019 snvrrtd	059 ionrrnnçd	099 snnrrrrnf	139 senrrcnçf
020 novzrrnçd	060 ionxrrnçd	100 nrrrrtnf	140 ionxrrnn
021 nnnrrnnçd	061 innxrrnçd	101 innxrrnn	141 sonxrrlçf
022 snnrrrrnn	062 iepxclçd	102 ienrrrrnn	142 sonxrrlçf
023 sepxrlçf	063 sepxrrqn	103 senxrrnçf	143 sonxrrlçf
024 sepxnlçf	064 nepxrrqd	104 nnnxrrnçf	144 sonxrrlçf
025 innrrcnçd	065 iepxrrlçd	105 nepxrrnn	145 sonxrrlçf
026 ionrrnnçd	066 nepxrrqd	106 innxrrnn	146 ionxrrlçd
027 ionrrnnqn	067 nenxrrnn	107 seprrlçf	147 sonxrrlçf
028 ienrrlçd	068 ionrrcnçd	108 sepxrrnf	148 iepxrrqn
029 nepxrrqd	069 sepxcnçf	109 nepxrrnçf	149 ienxrrqn
030 nnnxrrnçf	070 nepxrrlçf	110 sepxrrnçf	
031 iepxrrlçd	071 sepxrrlçf	111 nenxrrnn	
032 nepxrrnçf	072 sepxrrtd	112 neprrnnçd	
033 iepxrrnnqn	073 innxrrnçd	113 ienrrnnqn	
034 nepxrrqn	074 nenxrrnnf	114 ionxrrnçd	
035 sepxrrqn	075 nepxrrnnqn	115 sepxrrnf	
036 nonxrrnnqn	076 inpxrrlqd	116 snnxrrnnf	
037 nepxrrlçf	077 sonzrrtn	117 snprrrrqn	
038 sepxrrlçf	078 nonzrrtn	118 seprrlçf	
039 nonxrrqn	079 nepxrrlçd	119 senzrrnçf	
040 nonrrnnçf	080 novxrrtnf	120 senxrrnnf	

Em qualquer coluna: n = não classificado para a dimensão em questão

Na 1ª coluna : s = social; i = individual

Na 2ª coluna : o = obrigatória; e = eletiva

Na 3ª coluna : p = prazerosa; v = aversiva

Na 4ª coluna : x = dirigidas para si; z = dirigidas para outros

Na 5ª coluna : r = com risco para consumo de álcool; c = com controle para consumo de álcool

Na 6ª coluna : t = envolvem tensão; l = saudáveis

Na 7ª coluna : q = quietude/passividade; ç = ação/atividade

Na 8ª coluna : d = dentro de casa; f = fora de casa.

ANEXO D - Tabelas de resultados

Tabela 9 - Tempo médio semanal gasto pelos adolescentes do grupo geral (n=239), sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=15) nas dimensões do MAC.

Dimensões do MAC	Geral	Grupo		p-valor
		Sem diabetes	Com Diabetes	
Social	42h	43h	34h	0,385
Individual	30h	30h	27h	0,221
Obrigatória	24h	24h	18h	0,244
Eletiva	66h	66h	54h	0,213
Prazerosa	70h	72h	59h	0,163
Aversiva	10h	10h	8h	0,570
Dirigida para si	76h	76h	63h	0,328
Dirigida para outros	2h	2h	1h	0,029*
Com risco consumo álcool	17h	17h	11h	0,203
Sem risco consumo álcool	18h	18h	25h	0,453
Envolve tensão	10h	11h	5h	0,077
Saudáveis	45h	46h	36h	0,306
Quiétude/ passividade	38h	39h	30h	0,208
Ação/atividade	75h	76h	66h	0,330
Dentro de casa	60h	61h	44h	0,151
Fora de casa	35h	35h	21h	0,125

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Tabela 10 - Tempo médio semanal gasto nas dimensões do MAC, pelos adolescentes sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=15), por sexo.

Dimensões do MAC	Sem diabetes		Com diabetes	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Social	41h	44h	34h	37h
Individual	40h	26h	30h	23h
Obrigatória	31h	21h	19h	15h
Eletiva	65h	70h	54h	57h
Prazerosa	67h	73h	59h	57h
Aversiva	16h	7h	8h	3h
Dirigida para si	75h	83h	63h	69h
Dirigida para outros	3h	2h	1h	1h
Com risco consumo álcool	17h	18h	8h	13h
Sem risco consumo álcool	18h	18h	27h	20h
Envolve tensão	7h	15h	5h	6h
Saudáveis	46h	46h	34h	40h
Quiétude/ passividade	42h	37h	32h	28h
Ação/atividade	81h	70h	72h	54h
Dentro de casa	68h	50h	57h	36h
Fora de casa	32h	45h	13h	33h

Tabela 11 - Tempo médio semanal gasto por adolescentes (n=239) nas dimensões do MAC, por faixa etária.

Dimensões do MAC	Faixas etárias					
	12 - 14		15 - 17		18 - 20	
	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2
Social	45h	28h	46h	44h	35h	34h
Individual	34h	23h	27h	23h	30h	30h
Obrigatória	27h	15h	22h	23h	24h	19h
Eletiva	73h	44h	67h	57h	51h	81h
Prazerosa	78h	46h	73h	57h	55h	67h
Aversiva	12h	12h	9h	13h	11h	8h
Dirigida para si	85h	50h	74h	69h	59h	101
Dirigida para outros	3h	2h	2h	1h	1h	0h
Com risco consumo álcool	17h	10h	20h	13h	10h	4h
Sem risco consumo álcool	18h	30h	18h	16h	18h	27h
Envolve tensão	11h	16h	10h	4h	12h	2h
Saudáveis	53h	19h	43h	40h	40h	39h
Quiétude/ passividade	42h	29h	37h	30h	38h	30h
Ação/atividade	81h	52h	74h	54h	62h	104h
Dentro de casa	68h	39h	56h	47h	49h	29h
Fora de casa	36h	22h	38h	28h	33h	16h

Grupo 1 = Sem diabetes Grupo 2 = Com diabetes

Obs.: não foi realizado teste estatístico, pois os grupos não são comparáveis.

Tabela 12 - Frequência semanal em percentagem das atividades realizadas pelos adolescentes do grupo geral (n=239), sem diabetes (n=224) e com diabetes (n=5) nas dimensões do MAC (atividades nºs 83 a 136), por faixa etária.

Dimensões do MAC	Geral			Sem diabetes			Com diabetes		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Social	76,2	12,4	11,4	76,3	12,2	11,5	74,5	15,2	10,3
Individual	70,0	10,2	19,7	69,6	10,5	19,8	76,0	5,3	18,7
Obrigatória	61,2	18,7	20,1	62,1	18,2	19,8	48,9	26,7	24,4
Eletiva	79,6	9,6	10,8	79,6	9,5	10,9	80,0	11,0	9,0
Prazerosa	75,1	12,7	12,2	75,3	12,6	12,1	72,1	14,6	13,3
Aversiva	81,6	9,5	8,9	81,0	9,8	9,2	91,1	4,4	4,4
Dirigida para si	72,3	11,9	15,9	72,3	11,9	15,8	72,2	11,3	16,4
Dirigida para outros	72,1	7,4	20,5	71,7	7,0	21,3	77,8	13,3	8,9
Com risco consumo álcool	75,9	14,2	9,9	76,0	14,2	9,8	73,7	15,7	10,7
Sem risco consumo álcool	75,3	7,1	17,6	74,8	7,1	18,1	83,3	6,7	10,0
Envolve tensão	82,4	8,3	9,3	82,1	8,4	9,5	86,7	7,2	6,2
Saudáveis	81,2	11,2	7,6	81,6	10,8	7,5	75,2	16,2	8,6
Quiétude/ passividade	63,5	11,0	25,5	63,3	11,4	25,3	66,7	4,0	29,3
Ação/atividade	74,3	12,3	13,4	74,3	12,2	13,4	74,5	13,1	12,4
Dentro de casa	50,9	17,7	31,4	50,6	18,3	31,1	55,6	8,9	35,6
Fora de casa	78,6	10,9	10,4	78,8	10,7	10,5	76,8	14,3	9,0

G1 = Nunca/Raramente G2 = Uma/duas vezes no mês G3 = Quase toda semana

Tabela 13 - Frequência semanal em porcentagem, do tempo gasto por adolescentes (n=239) nas dimensões do MAC (atividades nºs 83 a 136), por sexo.

Dimensões do MAC	Feminino			Masculino		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Social	75,2	12,4	12,3	77,4	12,4	10,2
Individual	67,5	10,6	21,9	73,1	9,8	17,1
Obrigatória	56,0	19,1	24,9	67,6	18,2	14,2
Eletiva	79,1	9,6	11,2	80,1	9,6	10,2
Prazerosa	76,0	12,1	11,8	73,9	13,4	12,7
Aversiva	81,9	9,4	8,7	81,2	9,6	9,3
Dirigida para si	70,7	11,9	17,5	74,2	11,9	13,9
Dirigida para outros	71,0	7,6	21,4	73,5	7,1	19,4
Com risco consumo álcool	75,9	13,8	10,3	75,9	14,8	9,3
Sem risco consumo álcool	73,3	6,9	19,8	77,8	7,4	14,8
Envolve tensão	81,4	8,6	10,0	83,5	8,0	8,5
Saudáveis	82,2	10,8	7,0	80,0	11,6	8,3
Quiétude/ passividade	62,1	10,5	27,3	65,2	11,5	23,3
Ação/atividade	73,9	12,2	13,9	74,9	12,4	12,7
Dentro de casa	48,0	17,0	35,0	54,5	18,5	27,0
Fora de casa	78,7	10,6	10,7	78,6	11,3	10,1

G1 = Nunca/Raramente G2 = Uma/duas vezes no mês G3 = Quase toda semana

Tabela 14 - Frequência semanal em porcentagem, do tempo gasto pelos adolescentes sem diabetes (n=224) nas dimensões do MAC (atividades nº 83 a 136), por faixa etária.

Dimensões do MAC	12 – 14			15 – 17			18 – 20		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Social	77,9	11,1	11,1	74,7	13,8	11,5	75,2	12,5	12,3
Individual	69,3	10,2	20,5	70,9	10,6	18,4	68,3	11,3	20,4
Obrigatória	64,2	16,2	19,6	61,6	19,4	19,0	57,8	20,7	21,5
Eletiva	80,7	8,8	10,5	78,7	10,5	10,8	78,4	9,8	11,8
Prazerosa	76,8	11,3	11,9	74,1	13,8	12,2	73,4	14,0	12,6
Aversiva	81,0	10,0	9,0	81,9	9,3	8,8	79,3	10,4	10,4
Dirigida para si	74,2	10,9	14,9	71,8	12,5	15,6	68,4	13,3	18,2
Dirigida para outros	72,3	7,8	19,9	70,8	6,9	22,2	71,9	5,2	23,0
Com risco consumo álcool	77,9	12,8	9,3	74,3	15,8	9,9	74,4	14,9	10,7
Sem risco consumo álcool	73,4	7,5	19,2	72,9	7,6	19,4	81,1	5,6	13,3
Envolve tensão	81,6	7,8	10,6	84,1	8,1	7,8	80,0	10,3	9,7
Saudáveis	84,6	9,5	5,9	80,6	10,5	8,9	76,2	14,6	9,2
Quiétude/ passividade	60,6	12,5	26,9	68,1	10,3	21,7	62,2	10,7	27,1
Ação/atividade	75,7	11,3	13,0	73,6	13,1	13,3	72,1	13,2	14,7
Dentro de casa	50,8	16,8	32,4	51,6	19,2	29,2	48,5	20,4	31,1
Fora de casa	80,2	10,0	9,8	77,9	11,6	10,5	76,8	11,0	12,2

G1 = Nunca/Raramente G2 = Uma/duas vezes no mês G3 = Quase toda semana

Tabela 15 - Frequência semanal em percentagem, o tempo gasto em atividades, por adolescentes com diabetes (n=15) nas questões do MAC relacionadas ao diabetes.

Atividades do MAC	Feminino			Masculino		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3
137	100,0	-	-	100,0	-	-
138	100,0	-	-	100,0	-	-
139	66,7	33,3	-	50,0	33,3	16,7
140	100,0	-	-	50,0	33,3	16,7
141	88,9	-	11,1	66,7	-	33,3
142	88,9	-	11,1	83,3	16,7	-
143	33,3	-	66,7	100,0	-	-
144	77,8	22,2	-	100,0	-	-
145	100,0	-	-	100,0	-	-
146	88,9	-	11,1	100,0	-	-
147	88,9	-	11,1	33,3	50,0	16,7
148	100,0	-	-	66,7	-	33,3
149	77,8	11,1	11,1	66,7	33,3	-

G1 = Nunca/Raramente G2 = Uma/duas vezes no mês G3 = Quase toda semana

ANEXO E - Termo de Consentimento para Participação em Projeto de Pesquisa.

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA**

"Concordo com a participação dos pacientes do Programa de Assistência aos Portadores de Diabetes no projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:

Projeto: " Adolescentes com *Diabetes Mellitus* tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento".

Responsáveis: Jocimara Ribeiro dos Santos e Prof.^a Dr.^a Sônia Regina Fiorim Enumo

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Identificação do funcionário responsável:

Nome: _____

Função/cargo: _____

Prova documental de responsabilidade: _____ R.G. n.º : _____

Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____

Descrição dos procedimentos a que os pacientes serão submetidos:

Haverá duas etapas no desenvolvimento da coleta de dados da pesquisa. Inicialmente será feita a aplicação coletiva do instrumento Mapeamento de Atividades Cotidianas. Na segunda etapa, serão realizadas entrevistas individuais com os adolescentes portadores de *Diabetes Mellitus* tipo 1 que são atendidos pela Unidade de Saúde de Jardim Camburi/Vitória, ES. Os dados coletados serão úteis para se identificar e descrever o enfrentamento da doença e suas relações com as atividades realizadas no cotidiano dos adolescentes.

Fica entendido que os dados colhidos deverão ser utilizados somente para fins acadêmicos.

"Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Compromisso em duas vias".

Vitória, _____, de _____ de 2000.

Representante legal

Responsável pelo projeto